

Det vårdande samtalet

Lenart Fredriksson

ÅBO 2003

ÅBO AKADEMIS FÖRLAG - ÅBO AKADEMI UNIVERSITY PRESS

CIP Cataloguing in Publication

Fredriksson, Lennart

Det vårdande samtalet / Lennart Fredriksson. -

Åbo : Åbo Akademi förlag, 2003.

Diss.: Åbo Akademi. – Summary.

ISBN 951-765-119-8

ISBN 951-765-119-8

Oy Fram Ab

Vasa 2003

Fredriksson, Lennart 2003

Det vårdande samtalet

Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap, Vasa

(122 sidor, 6 bilagor)

Abstrakt

Syftet med studien är att utgående från ett vårdvetenskapligt perspektiv utveckla en teori för det vårdande samtalet, speciellt som det gestaltar sig i den psykiatriska vårdkontexten. Avsikten är primärt att tillföra den kliniska vårdvetenskapen kunskaper om hur samtal mellan vårdare och patienter kan lindra lidande. Studien tar sin utgångspunkt i ett vårdvetenskapligt perspektiv som har sina rötter i Katie Erikssons *caritativa* vårdteori. Den metodologiska ansatsen är hermeneutisk.

Forskningen har genomförts i form av fem delstudier som publicerats i internationella vetenskapliga tidskrifter. Metoderna som använts är: 1) en fenomenologisk hermeneutisk ansats för att beskriva det vårdande samtalet som det skildras av sjuksköterskor och patienter i intervjuer, 2) kvalitativ forskningssyntes av studier rörande begreppen närvaro, beröring och lyssnande, 3) kvalitativ forskningssyntes av studier rörande begreppen narrativa, berättelser, mening och förståelse, 4) en hermeneutisk ansats inspirerad av Paul Ricoeurs hermeneutik för att undersöka hur psykiatriska patienter i samtal med vårdare berättar om lidande, 5) en hermeneutisk analys av de etiska fundamenten för ett vårdande samtal i ljuset av Paul Ricoeurs etik.

Resultaten från de fem delstudierna formar utgångspunkten för en teori för hur ett vårdande samtal kan tolkas. Teorin består av tre aspekter, den relationella, den narrativa, och den etiska, vilka undersökts i delstudierna. I den relationella aspekten kan vårdaren genom att lyssna, beröra och vara med-varande skapa en närvaro. Genom vårdarens gåva av sin närvaro, d v s att vara tillgänglig och till förfogande med hela sitt väsen, visas möjligheten till ett möte med patienten utan roller och inlärd repliker. När patienten kan besvara denna gåva med en inbjudan att dela något av sin värld, skapas en förbindelse i vilken patienten kan dela sitt lidande och sin värld med vårdaren. Den narrativa aspekten gestaltas i samtalet som patientens berättelse om sitt lidande. Lidandeberättelsen tar sin början i den fasad som patienten skyddar sig mot lidande och skam med. Frågan om varför patienten lider banar vägen både för en ny förståelse av fasaden och också för upplevelsen av en vändpunkt när fasadens skydd överges, vilket leder till en upplevelse av mening-i-lidandet. Artikuleringen av berättelsens poäng, mening-med-lidandet innebär dels en ny tolkning och förståelse för de förhållanden som rådde vid berättelsens början, dels de nya preferenser för hur patienten vill leva sitt liv som vuxit fram. Den etiska aspekten gestaltas i en relation som på grund av patientens lidande och vårdarens medlidande är asymmetrisk, men omfattar en ömsesidig respekt. Genom *caritas* skapar vårdaren ett utrymme där patienten kan (åter)upprätta sin självaktning, autonomi och sitt ansvar och därmed skapa möjligheter för ett gott liv.

Sökord: berättelser, hermeneutik, kommunikation, lidande, psykiatrisk omvårdnad, samtal, vårdvetenskap

Fredriksson, Lennart 2003

The caring conversation

Åbo Akademi University, Dept. of Caring Science, Finland

(122 pages, 6 appendices)

Abstract

The aim of the study is to develop, from a caring science perspective, a theory for the caring conversation, especially as it takes place in psychiatric care. The intention is to develop knowledge in the field of clinical caring science about how conversations between nurses and patients can alleviate suffering. The study takes its point of departure in a caring science perspective. This perspective is rooted in K. Eriksson's *caritative* theory. The methodological approach is hermeneutic.

The research is implemented in the form of five studies, which are published in peer reviewed journals. The methods used are 1) a hermeneutic phenomenological approach to describe the caring conversation as it is depicted by patients and nurses in interviews, 2) an interpretative research synthesis of the concepts presence, touch and listening, 3) an interpretative research synthesis of the concepts narrative, story, meaning and understanding, 4) a hermeneutic approach inspired by Paul Ricoeur to examine how psychiatric patients' in conversations with nurses narrate their experience of suffering, and 5) a hermeneutic analysis of the ethical foundation of a caring conversation in the light of Paul Ricoeur's ethics.

The findings arrived at in the five studies form the basis for a theory of how a caring conversation can be interpreted. The theory consists of three aspects of a caring conversation - the relational, the narrative, and the ethical - which are investigated in the studies. In the relational aspect the nurse can create a presence by listening, touch and being-with the patient. This is a gift of self to the patient, which paves the way for an encounter without roles or learned retorts. When the patient can answer this gift with an invitation, a connection is created in which the patient can share his/her world with the nurse. The narrative aspect in the conversation is shaped by the patient's narrative about suffering. The narrative starts with the story about the façade by which the patient protects him/her self from suffering and shame. The question why the patient suffers paves the way for a new understanding of the façade and an experience of a turning-point at which the shelter of the façade is abandoned, which in turn creates an experience of meaning-in-suffering. The articulation of a point or lesson to be learned, the meaning-of-suffering, shapes a new interpretation and understanding of the circumstances at the beginning of the narrative as well as new preferences of how the patient wants to live his/her life. The ethical aspect is formed in a relation which is asymmetrical due to the passivity associated with the patient's suffering. This asymmetry is potentially unethical if not balanced with reciprocity. Through *caritas*, the nurse creates a space for the patient to restore his/her self-esteem, autonomy and responsibility and thereby to create the necessary prerequisites for a good life.

Keywords: caring, communication, conversation, hermeneutics, narratives, psychiatric nursing, suffering.

FÖRORD

Mitt 90-tal har till stora delar handlat om det forskningsprojekt som redovisas i föreliggande avhandling. Idén om ett vårdande samtal föddes just i samtal med patienter, anhöriga, vårdare, vänner och kollegor. Den kliniska upplevelsen av att som sjuksköterska samtala med patienter om deras lidande väckte min nyfikenhet för vad ett vårdande samtal egentligen är. Mötet med den växande vårdvetenskapen gav de nödvändiga förutsättningarna för att börja bearbeta nyfikenheten systematiskt. Ett samtal kommer inte till stånd i ensamhet, och så inte heller en avhandling. Jag vill därför tacka de respondenter som så generöst delat med sig av sina erfarenheter i delstudie I och IV, samt de patienter, anhöriga och kollegor som jag genom åren fått förmånen att möta i samtal.

Min handledare och medförfattare till två artiklar, professor Katie Eriksson har med ett aldrig sinande intresse och ett stort tålamod givit mig både utrymme att pröva mina tankar, såväl som konkret vägledning i de stunder jag behövt det bäst. Din värme, öppenhet och nyfikenhet, liksom din kreativitet har för mig blivit en förebild i det vetenskapliga arbetet. Professor Unni Å. Lindström har varit en samtalspartner i frågor som rör den psykiatriska vårdkontexten och är även medförfattare till en av artiklarna. Varmt tack för ditt engagemang och stöd. Lektor Lisbet Lindholm var den som förde mig in i artikelförfattandets mysterier. Utan dina generösa råd hade det inte blivit några artiklar. Som inofficiell förgranskare vid slutseminariet gav du konstruktiva och kritiska synpunkter som på ett avgörande sätt klargjorde brister i avhandlingsmanuskriptet. För detta vill jag framföra mitt varmaste tack! Försteamanuensius Dagfinn Nåden, Högskolan i Oslo, som med stor noggrannhet och uppriktig kritik fungerade som inofficiell förgranskare förtjänar ett varmt tack för kloka frågor, liksom för alla glada stunder jag fått dela med dig under åren som doktorand, tack käre vän. Avhandlingens förgranskare professor Ingegerd Bergbom, Göteborgs universitet, och professor Helena Leino-Kilpi, Åbo universitet, har upplåtit såväl tid som stor sakkunskap, ett varmt tack för era synpunkter!

Forskarutbildningskollegorna har alltid varit en källa till inspiration och stöd, tack för livgivande diskussioner. ”Staben” vid Institutionen för vårdvetenskap, ingen nämnd och ingen glömd, varmt tack för ert alltid lika positiva bemötande och för er hjälpsamhet! Begreppsanalysens och ordböckernas värld hade för mig förblivit otillgänglig utan vännen och nyblivna doktorn Anne Kaséns vägledning, tack Anne! Min vän och kollega sen många år Dr. Lena Wiklund, tack för hjälp med läsning av otaliga manuskript, kritiska synpunkter och uppmuntran, det må gälla substans eller metod, eller minsta kommatecken! Tack också för sällskap under de många resdagar mellan Finland och Sverige som vi delat.

Arbetskamraterna på psykiatriska kliniken, Länssjukhuset Gävle-Sandviken har visat stort tålamod, både när jag varit närvarande och frånvarande. Avdelningschef Britt-Inger Norrström förtjänar ett speciellt tack för stöd under mina första akademiska studieår, tack vare dig gick kliniskt arbete och utlandsstudier att förena.

Verksamhetschef Cecilia Malmstedt skall ha ett varmt tack för beviljade reseunderstöd och för det utrymme jag fått att syssla med avhandlingsarbete på arbetstid, under avhandlingsarbetets sista månader.

Till arbetskamraterna vid Fou-forum, Landstinget Gävleborgs fou-enhet, varmt tack för er uppmuntran och ert stöd. Speciellt tack till Dr. Lawrence Teeland som har språkgranskat samtliga artikelmanuskript, samt den engelska sammanfattningen. Tack för din noggrannhet, ditt intresse och för att du alltid ställer upp, även inom ”omöjliga” tidsramar. Bibliotekarierna vid Länssjukhuset, som med det lilla sjukhusbibliotekets resurser lyckats förmedla universitetsbibliotekets service, tack. Webbdesigner Anders Friberg vid landstingets webbredaktion skall ha varmt tack för teknisk hjälp att skapa designfiguren.

Utan finansiellt stöd är en forskarutbildning närmast omöjlig att genomföra. Jag är tacksam för de ekonomiska bidrag som jag erhållit från Landstinget Gävleborgs fou-enhet, samt för det stipendium som Åbo Akademis Rektor Gustav Björkstrand beviljade i avhandlingsarbetets slutfas. Tack även till Åbo Akademis forskningsinstitut för medel som gjort det möjligt att trycka avhandlingen.

Far och Mor vill jag tacka för ekonomiskt bistånd under de första studieåren, och framförallt för att ni trott på mig när jag inte gjort det själv. Till sist och allra mest, varmt tack till min älskade Margareta för att du lindrat det lidande en forskarutbildning ibland medfört. Tack också för konkret hjälp med granskning av en aldrig sinande ström av litteraturlistor och korrektur.

Gävle i mellandagarna 2002
Lennart Fredriksson

ORIGINAL ARTIKLAR

Denna avhandling bygger på följande artiklar som refereras till med romerska siffror:

I: Fredriksson, L. (1998). The Caring Conversation - Talking about suffering. A Hermeneutic Phenomenological Study in Psychiatric Nursing. *International Journal for Human Caring*, 2 (1), 24-32.

II: Fredriksson, L. (1999). Modes of Relating in a Caring Conversation: A Research Synthesis on Presence, Touch and Listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1167-1176.

III: Fredriksson, L., & Eriksson, K. (2001). The Patient's Narrative of Suffering - A Path to Health? An Interpretative Research Synthesis on Narrative Understanding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15 (1), 3-11.

IV: Fredriksson, L., & Lindström, U.Å. (2002). Caring Conversations – Psychiatric Patients Narratives about Suffering. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 396-404.

V: Fredriksson, L., & Eriksson, K. (2003). The Ethics of the Caring Conversation. Under tryckning i *Nursing Ethics*, 10, 133-143.

De publicerade artiklarna har omtryckts med copyright-innehavarnas vänliga tillåtelse.

INNEHÅLL

I. INTRODUKTION

1. Inledning	15
2. Litteraturöversikt	18
3. Begreppen samtal och kommunikation	24
4. Studiens syfte, frågeställningar och design.....	31

II. STUDIENS TEORETISKA PERSPEKTIV

1. Precisering av förförståelsen.....	37
2. Teoribegreppet inom vårdvetenskap.....	40
3. Teoribegreppet i ljuset av den hermeneutiska kunskapstraditionen	41
4. Slutsatser och precisering av begreppet teori i föreliggande studie.....	46
5. Metodologiskt närmelsesätt	47
6. Metoder och genomförande av delstudierna	48
7. Forskningsetiska aspekter.....	55

III. RESULTAT

1. Den relationella aspekten i ett vårdande samtal	57
2. Den narrativa aspekten i ett vårdande samtal	61
3. Den etiska aspekten i ett vårdande samtal.....	66
4. En teori för det vårdande samtalet.....	70

IV. DISKUSSION

1. Kritisk granskning av studiens giltighet.....	79
2. Diskussion av studiens resultat	85

ENGLISH SUMMARY	97
-----------------------	----

LITTERATUR	107
------------------	-----

BILAGOR

- Bilaga 1. Synonymtablå över begreppet 'kommunikation'.
- Bilaga 2. Diskriminationsmatris över begreppet 'kommunikation'.
- Bilaga 3. Synonymtablå över begreppet 'samtal'.
- Bilaga 4. Diskriminationsmatris över begreppet 'samtal'.
- Bilaga 5. Information till respondenter i delstudie I.
- Bilaga 6. Information till respondenter i delstudie IV.

ORIGINAL ARTIKLAR I - V

FÖRTECKNING ÖVER FIGURER

Figur 1. Diskriminationsparadigm för 'kommunikation'	26
Figur 2. Diskriminationsparadigm för 'samtal'	28
Figur 3. Studiens design	34

FÖRTECKNING ÖVER TABELLER

Tabell 1. Översikt över litteratursökning i databaser	18
Tabell 2. Översikt över delstudiernas frågeställningar, metoder och material	49
Tabell 3. Den relationella aspekten i delstudie I	57
Tabell 4. Den relationella aspekten i delstudie II	60
Tabell 5. Den narrativa aspekten i delstudie I	61
Tabell 6. Den narrativa aspekten i delstudie III	63
Tabell 7. Den narrativa aspekten i delstudie IV	65
Tabell 8. Den etiska aspekten i delstudie I	67
Tabell 9. Den etiska aspekten i delstudie V	68
Tabell 10. Översikt över teorin för det vårdande samtalet	71
Tabell 11. Overview of the theory for the caring conversation	101

I. INTRODUKTION

1. Inledning

Att samtala är något vi gör dagligen och ibland utan att reflektera över det. Varje dag för vi på något sätt samtal med personer som står oss nära, med främlingar, med närvarande och icke-närvarande samtalspartners, och kanske inte minst med oss själva. Redan de första akademikerna i antikens Grekland ägnade sig åt samtal. För Sokrates var samtalet en metod att söka sanningen, den sk maieutiken. För Platon var dialogen den form som präglade hans författarskap. I dagens högteknologiska värld förs samtal via Internet och mobiltelefoni mellan personer som befinner sig i olika världsdelar lika enkelt som om de befann sig i samma rum. Tekniken, förmedlingen, har förändrats, men samtalet som form består.

Att samtala om lidande upplevs inte lika självklart och enkelt som det vardagliga samtalet, men är inte desto mindre nödvändigt. När människan blir patient kastas hon in i ett kaos. Att lida innebär att vederfaras verkningarna av något ont, en form av döende (Wiklund, 2000; Öhlén, 2001). Men människan kan genom att gå igenom sitt lidande tillskriva det en mening (Eriksson, 1994). För att underlätta detta behöver hon någon att samtala med. I samtalet kan det obegripliga bli begripligt, när tillsynes inget återstår att göra eller säga finns samtalet som en möjlighet. Det lidande som synes meningslöst¹ kan i samtalet finna sin mening. I ett vårdvetenskapligt perspektiv² framstår vårdandets grundmotiv som att lindra lidande och värna om patientens värdighet. 'Patient' betyder ursprungligen just 'lidande människa' (Eriksson, 1994). Det är genom språket³ människan artikulerar sitt lidande, och genom symboler blir det möjligt att uttrycka lidandet. Ett lidande utan språk förblir stumt och utan mening. Samtalet utgör en

¹ Jag anser att lidandet i sig själv är meningslöst, men att människan kan tillskriva det en mening.

² Med vårdvetenskapligt perspektiv avser jag den autonoma caring tradition som utvecklats under prof. Katie Erikssons ledning vid Inst för vårdvetenskap, Åbo Akademi (Eriksson, 2001). Föreliggande studies teoretiska perspektiv beskrivs i kapitel II.

³ Sachs (1992) menar att lidandet måste kommuniceras med hjälp av inlärd symboler för att bli synligt för omvärlden. Här förstår jag begreppet språk i samma vida mening som t ex Sachs (1992): "Det behöver inte nödvändigtvis vara aktiv medveten kommunikation utan subtila yttringar av lidande som kläs i ett gemensamt symboliskt "språk", såsom en gest, en kroppshållning eller en blick" (s. 127).

naturlig plats där lidandet kan artikuleras. Ett sådant samtal blir utgående från det vårdvetenskapliga perspektivet ett vårdande samtal⁴. Avsikten med föreliggande avhandling är att problematisera och artikulera vad ett vårdande samtal är.

Den vårdkontext inom vilket samtalet fokuserats är framförallt den psykiatriska⁵, men också inom cancervården har samtalet mellan patient och vårdare betonats som en viktig del av vården (Öhlén, 2001). Inom andra kontext har samtalet framförallt framhållits som en metod att samla information om patienten, sk ankomstsamtal (Björvell, 1995). Även inom det psykiatriska vårdområdet har samtalet långt blivit behandlat som en metod, eller teknik (jfr Hammarlund, 2001; Zimsen, 1998). Det var inom psykiatrin, närmare bestämt som sjuksköterska, som jag stiftade bekantskap med samtalet som aktivitet för att lindra lidande. Forskningsintresset väcktes alltså i direkt anslutning till den kliniska vardagen, men har sedan utvecklats och fördjupats i mötet med en akademisk tradition. Ur detta möte mellan klinik och forskning har avhandlingens syfte formats: att utgående från ett vårdvetenskapligt perspektiv utveckla en teori för det vårdande samtalet, speciellt som det gestaltar sig i den psykiatriska vårdkontexten.

Att välja perspektiv innebär att välja ett bestämt sätt att se, d v s att fokusera på det man vill se och att artikulera hur man ser på det. Enligt Lindström (1997) utgörs kärnan i det vårdvetenskapliga perspektivet av vårdvetenskapens ontologi. Det är först i ljuset av en medveten ontologi som de genuina fenomenen kan framträda. I föreliggande studie tas utgångspunkten i ontologin. Enligt Kvale (1996) kan samtalet uppfattas utifrån tre olika kontexter: den metodologiska, den epistemologiska, den ontologiska. Den metodologiska kontexten motsvaras av intervju och samtalsteknik som en väg att frambringa kunskap. I den epistemologiska kontexten uppfattas samtalet som ett för människan grundläggande sätt att vinna kunskap.

⁴ Med begreppet 'vårdande samtal' avses ett samtal som är vårdande, d v s lindrar lidande. Ett 'vårdsamtal' avser ett samtal som sker inom ramen för vården. Man kan inte utan vidare anta att alla vårdsamtal är vårdande, även om det vore det önskvärda. Avhandlingens titel i singularis skall inte förstås som att det är fråga om *ett* konkret samtal. Ofta behövs flera samtal för att lindra patientens lidande. Titeln antyder istället att det vårdande samtalet är något specifikt, som skiljer sig från andra typer av samtal.

⁵ En studie (Blom, Bogren, Lindmark, Pettersson, Stefansson & Strand, 1994; Blom, Lindmark, Stefansson & Strand, 1994) genomförd av socialstyrelsen och landstingsförbundet vid 26 psykiatriska kliniker i Sverige visade att stödjande samtal är den vanligaste enskilda åtgärden i öppen vård.

Den ontologiska kontexten utgörs av mänsklig verklighet där samtalet ses som ett sätt att konstituera sig själv och världen. I föreliggande studie ses samtalets ontologiska och epistemologiska kontext som huvudsakliga kunskapsobjekt, medan den metodologiska, ”samtalets teknik” faller i bakgrunden. Den epistemologiska kontexten i föreliggande studie utgörs av hur vi genom patientens berättelse kan få kunskap om lidandet. Den ontologiska motsvaras av patientens, den lidande människans, verklighet eller värld. För att göra det möjligt att tränga in i dessa samtalskontexter valdes en hermeneutisk ansats. Denna metodologi medger en öppenhet och följsamhet och samtidigt en möjlighet att nå förståelse för djupstrukturer hos fenomenen.

Avhandlingens uppläggning

Att skriva en sammanläggningsavhandling utgående från en hermeneutisk forskningsansats är en utmaning i sig. Hermeneutik betonar en öppen kunskapssyn, där den aktuella förståelsen ständigt är i förändring (Gadamer, 1989; Helenius, 1990; Ödman, 1988). Det betyder att delstudiernas resultat inte adderas till varandra, utan istället att förståelsen förändras i och med varje delstudie. Det innebär att varje ny studie innebär ett kunskapstillskott som flyttar förståelsen framåt, och att förståelsen av den första studien förändras på basen av den andra, och igen på basen av den tredje o s v. Detta innebär att speciell omsorg fått läggas på sammanfattningsdelen för att i möjligaste mån synliggöra den omtolkning av delstudierna som skett kontinuerligt, och som leder fram till utformningen av teorin.

Avhandlingens sammanfattningsdel är uppbyggd av fyra kapitel. Det introducerande kapitlet omfattar inledning, genomgång av tidigare forskning och utredning av begreppen ‘kommunikation’ och ‘samtal’, samt syfte, frågeställningar och design. Efter detta följer en beskrivning av studiens teoretiska perspektiv vilket innefattar förförståelse, kunskapsteoretiska och metodologiska ställningstaganden, samt urval, datainsamling och forskningsetiska ställningstaganden. I resultatkapitlet sammanfattas delstudierna och teorin för det vårdande samtalet presenteras. I det avslutande kapitlet diskuteras studiens resultat och granskas kritiskt med avseende på giltighet. Avhandlingen har även en fotnotsapparat när längre utvikningar utanför texten är påkallade. När en sådan utvikning sker så anges referensen i fotnoten, annars ges referensen i löpande text. Litteraturreferenserna anges enligt APA:s manual (5:e ed).

2. Litteraturöversikt

För att få ett grepp om forskningsläget har litteratursökningar gjorts i flera databaser, såväl brett upplagda sökningar som smalare. För att göra sökförfarandet hanterbart har en avgränsning i tid till 1990-talet⁶ gjorts, äldre litteratur har medtagits i litteraturöversikten när så varit befogat. Eftersom de båda stora databaserna inom vårdområdet, MEDLINE och CINAHL, inte överlappar varandra helt har sökning gjorts i båda (Brazier & Begley, 1996; Burnham & Shearer, 1993; Okuma, 1994; Watson & Perrin, 1994), samt även i LIBRIS som täcker bl a nordiska avhandlingar. Nedanstående tabell (tabell 1) ger en överblick över resultatet av de viktigaste sökningarna.

Sökord	MEDLINE	CINAHL	LIBRIS**
Caring conversation	1*	2*	0*
Caring dialogue	3*	1*	0*
Communication	13 322	4 606	433
: and caring	278	49	4
: and nursing	54	517	15
: and N-P relations	935	374	11
: and literature review	3	5	ej sökbart
: and psych nursing	129	37	3
: and suffering	157*	10	0
: and conversation	177*	18	3
Tidsperiod	1990-2002/01	1990-2001/12	1990-2002/01

Tabell 1. Översikt över litteratursökning i databaser.

*finns ej som index-term i databasen, därför har fritextsökning använts

**avgränsat till endast avhandlingar

Inledningsvis kan man konstatera att sökning på 'vårdande samtal' gav ett magert resultat.⁷ Inte heller kombinationen med 'dialogue' gav något resultat. Vid sökning i MEDLINE visade det sig emellertid att 'conversation' innefattades under sökordet 'communication'. Sökordet 'kommunikation' gav en stor mängd träffar, men

⁶ Även om sökningarna sträcker sig in på år 2002 så kan man knappast räkna med att den litteratur som täcks sträcker sig längre fram än 2000-2001. Detta p g a den fördröjning införandet i databaserna utgör.

⁷ De träffar på sökordet 'caring conversation' som redovisas är delstudier som ingår i föreliggande avhandling.

kombinationen med sökordet 'samtal' ger t ex endast 18 träffar⁸ av de 4 606 möjliga i CINAHL. Detta innebär att begreppet 'samtal' inte är sökbart i databaserna utan i stället ryms in i sökordet 'kommunikation'. Litteratursökningen har i och med detta krävt en hel del fantasi, och förutom ovanstående redovisade sökningar så har många osystematiska försök gjorts, liksom ihärdigt letande efter sekundärlitteratur i litteraturlistor.

Kommunikationen mellan patient och vårdare har framställts som en av de viktigaste variablerna för patientens tillfredställelse med vården (Clariss-Verhallen, de Gruijter, Kerkstra & Bensing, 1999; Ricketts, 1996). Sambandet mellan kommunikation och resultat kvalitet är emellertid svagare (Ptacek & Eberhardt, 1996; Ricketts, 1996; Teasdale, 1993). Trots vikten av god kommunikation mellan patient och vårdare visar resultaten av ett flertal studier i olika kontext att sjuksköterskors beredskap att kommunicera med patienter är låg (Chan & Woodruff, 1997; Emrich, 1989; Jarret & Payne, 1995; Kruijver, Kerkstra, Bensing & van de Wiel, 2001; Severinsson & Lützn, 1999). Detta speglas också i studier där patienters upplevelser av kommunikation undersökts (Ricketts, 1996; Sihvonen, Käyhkö & Kekki, 1989). Dessa visar att sjuksköterskor är kontrollerande (Hewison, 1995), för strukturerade och fokuserade på att ge information. De ger inte utrymme för patienten att delge sina personliga känslor och frågor, vilket inverkar negativt på kommunikationen (Jarret & Payne, 1995). Sammanfattningsvis kan man säga att forskningsresultaten inom kommunikationsområdet är ganska nedslående. Kommunikation är av stor betydelse för patientens upplevelse av vården och också för dess resultat. Trots mycket forskning så framstår kommunikation som ett område där stora brister fortfarande finns i förhållande till den kliniska verksamheten. Även forskningen kritiserats för att i stor utsträckning sakna patientperspektivet och istället fokusera på sjuksköterskans kommunikationsfärdigheter för problemlösning och informationsgivande (Jarret & Payne, 1995). Garvin & Kennedy (1990, s. 223) är i en litteraturöversikt kritiska mot bristen på systematik i forskningen: "it is obvious that studies have been conducted in an isolated fashion with no relationship to one another. Despite the importance of communication to the nurse-

⁸ Dessa 18 träffar inkluderar varierande områden, t ex samtal mellan döva, samtal mellan lärare och elever och språkanvändning i skolan, samtal mellan mödrar och blinda barn, kommunikation med personer med olika typer av hjärnskador, alzheimer, afasi, traumatiska skador o s v, kommunikation i handledning av sjuksköterskor mm.

patient relationship, no research agenda has been identified to provide direction for future research“. Denna brist på systematisk begreppsutveckling inom området kommunikation är även synlig i de tidiga vårdteorierna⁹ (Paterson & Zderad, 1988; Peplau, 1988; Rogers, 1970), liksom i de senare utvecklade vårdteorierna där den teoretiska beskrivningen av kommunikation tenderar att bli vag och implicit (Clariss-Verhallen, Kerkstra & Bensing, 1997).

Traditionellt indelas kommunikation i två aspekter: verbal och non-verbal kommunikation. Denna indelning bygger på ett antagande om en linjär sändar-mottagarmodell, d v s att kommunikation innebär att ”koda” tankar till ord och att dessa sedan förmedlas via språket till en mottagare som ”avkodar” dem till den ursprungliga tanken (Teasdale, 1993). Den största andelen av ”meddelandet” förmedlas via den non-verbala kommunikationen (55-97%)(Clariss-Verhallen, Kerkstra & Bensing, 1999). En sådan linjär modell framstår emellertid som förenklad då den inte räknar med att ”meddelandet” tolkas av mottagaren. Teasdale (1993) menar att denna förenkling är förklaringen till de motstridiga resultat¹⁰ som forskningen främst om givande av information har resulterat i. Teasdale (1993) menar istället att kommunikation skall förstås som en problemlösnings- och tolkningsprocess, där deltagarna gradvis justerar sin förståelse av det kommunicerade inte endast på basen av innehållet, utan också genom vårdarens och patientens förförståelse och kontexten. När kommunikation förstås som en tolkningsprocess innebär det att information inte längre blir en objektiv ”sak” som vårdaren kan ”ge” till patienten (Teasdale, 1993). En likartad utveckling från en linjär sändar-mottagarmodell till en tolkningsbaserad kan skönjas i synen på utbildning och träning i kommunikation¹¹ (Candlin, 1992; Hartrick, 1999). Svårigheterna att i studier påvisa resultat av utbildningsprogram som bygger på den

⁹ Man skall emellertid vara medveten om att 1960-talets vårdteorier mera betonade relationens betydelse och hade, som Hartrick (1997) framhåller, en mindre behavioristisk och mekanistisk syn på kommunikation än de senare vårdteorierna.

¹⁰ Teasdale (1993) ger i sin litteraturöversikt ett flertal exempel på att det varit svårt att replikera resultaten från experimentella studier där information givits till en interventionsgrupp som studerats med avseende på olika variabler som stress, ångest osv. I flera studier finns inga signifikanta skillnader med kontrollgruppen och i vissa studier får kontrollgruppen till och med bättre värden än interventionsgruppen.

¹¹ Även i läroböcker kan man skönja en likartad utveckling, man kan vidare konstatera att referenserna till vårdvetenskaplig forskning i dessa böcker är få. (Damgaard & Nørrelykke, 2000; Faulkner, 1995; Thornquist, 2001; Wächter, 2001).

linjära sändar-mottagarmodellen blir analoga med de som Teasdale, (1993) framhåller. Forskningsresultaten är vaga och ofta går inga, eller få, signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp att påvisa (Bowles, Mackintosh & Torn, 2001; Paxton, Rodhes & Crooks, 1988).

En annan indelning av kommunikation, som förekommer i ett flertal studier är den i instrumentell och emotionell kommunikation¹² (Hartrick, 1997; Hewison, 1995; Kruijver, Kerkstra, Bensing & van de Wiel, 2000; Severinsson & Lützén, 1999). Instrumentell kommunikation beskrivs som information om sjukdomen, behandlingen, och dess genomförande. Emotionell kommunikation innefattar respekt, tröst, tillit i syfte att skapa en tillitsfull atmosfär där patienten upplever sig förstådd och kan berätta om sin upplevelse av sjukdomen. I en studie (Kruijver, Kerkstra, Bensing & van de Wiel, 2001) med fingerade cancerpatienter utgjorde sjuksköterskornas instrumentella kommunikationsbeteenden 62 %, medan de emotionella stod för 32 %. Detta resultat sammanfaller väl med den bild av sjuksköterskans kommunikation som givits tidigare (jfr Jarret & Payne, 1995).

I litteraturen återkommer ett antal begrepp för att beskriva den så kallade emotionella kommunikationen: empati, öppenhet (self-disclosure), stöd och bekräftelse (Garvin & Kennedy, 1990; Northouse & Northouse, 1998). Empati anses vara ett centralt begrepp i formandet av vårdare-patient relationen, och det är också ett begrepp undersökt i många studier under de senaste 20 åren (Svårdson, 1999). De flesta studier fokuserar effekten av vårdarens empati på patienten (Larsson & Starrin, 1990; Reynolds, Scott & Jessiman, 1999). Empatibegreppet är på senare år emellertid omdiskuterat. Morse, Bottorff, Anderson, O'Brien & Solberg (1992, s. 810) framhåller empatibegreppets otillräcklighet i den kliniska kontexten. ”We contend that therapeutic empathy (i.e. a learned communication skill comprised primarily of cognitive and behavioural components which is used to convey understanding of the patient’s reality) is particularly unsuited for use in the clinical setting.” Istället framhåller författarna alternativa begrepp som: ‘pity’, ‘sympathy’, ‘compassion’, ‘consolation’ och ‘reflexive reassurance’.

¹² Författarna använder olika begrepp, t ex ‘instrumental-affective’ (Claris-Verhallen, Kerkstra & Bensing, 1997; Kruijver, Kerkstra, Bensing & van de Wiel, 2000; 2001), ‘task-oriented’ (Hewison, 1995), ‘time-task oriented’ (Severinsson & Lützén, 1999), ‘behavioural-relational’ (Hartrick, 1997).

Den brokiga och mångskiftande innebörden i empatibegreppet bekräftas i en nyligen genomförd litteraturöversikt (Kunyk & Olson, 2001) där inte mindre än fem olika betydelseområden finns representerade i den genomgångna litteraturen. Öppenhet (self-disclosure) hos patienter och vårdare, d v s att av egen vilja berätta om sig själv, är studerad i ett flertal olika kontext (Garvin & Kennedy, 1990). Enligt Garvin & Kennedy (1990) visar forskningen inom området att sjuksköterskans behov av information och att informera behöver balanseras med möjlighet för patienten att dela sin frågor och farhågor med sjuksköterskan. Inom fältet stöd är resultaten motsägelsefulla och en tänkbar förklaring är dialektiken mellan stöd och oberoende (jfr Strandberg, 2002). Stöd kan av patienten erfaras som ett krav på att lita till sjukvårdssystemet för stöd. Ett flertal studier inom detta område syftar till att beskriva stödjande beteende hos vårdare i olika kontext (jfr Wright, 1998). Begreppet bekräftelse är ett övergripande begrepp som egentligen innefattar de tre ovanstående (Garvin & Kennedy, 1990).

Sammanfattningsvis kan man urskilja två olika traditioner inom forskningsområdet kommunikation. Vi kan kalla dem den dualistiska-reduktionistiska och den holistiska-humanistiska.¹³ Den dualistiska-reduktionistiska utgår ifrån en linjär sändar-mottagarmodell, där kommunikationen kan indelas i två aspekter, en instrumentell och en emotionell. Den instrumentella kommunikationen syftar till att till patienten förmedla en objektiv information om t ex sjukdomen, i syfte att minska ångest eller förbereda patienten. Den emotionella kommunikationen syftar till att visa att patienten är förstådd, ge stöd och maximera patientens möjligheter till 'coping'. Denna tradition har sina rötter i ett dualistiskt och reduktionistiskt perspektiv på människan, och forskningen inriktar sig på att studera observerbara kvaliteter (t ex beteende) av kommunikationen.

Den holistiska-humanistiska traditionen utgår från kommunikation som en ömsesidig tolknings- och problemlösningsprocess. Kommunikation uppfattas som komplex och studiet av verbala utsagor eller beteenden, liksom begreppen empati och bekräftelse är inte tillräckliga för att förstå hjälpande kommunikation (Leppanen Montgomery, 1993). Istället efterfrågas modeller som inte bortser från komplexiteten i mellanmänniska relationer. "At this time in nursing's evolution it is imperative that the complexity of

¹³ Fogel (1993, s. 65) gör en liknande indelning men benämner de två traditionerna "discrete state systems" och "continuous process systems".

human relating is acknowledged and models of practice that honour that complexity are evolved” (Hartrick, 1997, s. 527). Inom denna tradition har forskning relaterad till kommunikation främst fokuserat på två områden: relationen mellan patient och vårdare samt hur patienter och vårdare formar berättelser (narrativer).

Relationen¹⁴ mellan patient och vårdare framhölls som betydelsefull redan på 1960-talet av vårdteoretikerna (Paterson & Zderad, 1988; Peplau, 1988). Fortlöpande forskning om vårdrelationen har sedan bedrivits där den vårdande relationens substans beskrivits. Av nordiska forskare har begrepp som ‘vårdgemenskap’ (Eriksson, 1990; Kasén, 2002), ‘omvårdnadsgemenskap’ (Sundin, 2001), en ‘bro’ (Halldórsdóttir, 1996), och ‘möte’ (Lindström, 1994; Rehnsfeldt, 1999) förts fram. Internationellt har begrepp som ‘caring connection’ (Clayton, Murray, Horner & Greene, 1991; Wilde, 1997), samt ‘caring occasion’ beskrivits (Watson, 1988).

Berättelsen, eller narrativet, har fått en renässans under 1990-talet. Narrativer erbjuder en form i vilken patienten kan förmedla sin upplevelse på ett sätt som gör den gripbar för åhöraren (Baker & Diekelmann, 1994; Boykin & Shoenhofer, 1991; Frank, 1995; Kleinman, 1988; Skott, 2001; Younger, 1995). I berättelsens form är det inte endast möjligt för människan att uttrycka lidande, det är också ett sätt att bli medveten om det (Younger, 1995). Enligt Öhlén (2001) utgör berättelser en av de betydelsefullaste vägarna till kunskap om lidande. Narrativer har även utvecklats och tillämpats som en datainsamlingsmetod inom forskningen (Rasmussen, 1999; Sørli, 2001; Talseth, 2001; Wiklund, Lindholm & Lindström, 2002).

De två traditionerna, den dualistiska-reduktionistiska och den holistiska-humanistiska, har naturligtvis inte utvecklats fristående inom kommunikationsforskningen. De sammanfaller långt med utvecklingen inom vårdforskningen i stort som gått från ett dualistiskt-reduktionistiskt paradigm till ett holistiskt-humanistiskt¹⁵ (Eriksson, 1997a; Eriksson, 2002; Hartrick, 1997).

¹⁴ Relationsforskningen är mycket omfattande inom vårdområdet och behandlas här endast kortfattat. En aktuell översikt av forskningen inom detta område finner man i Kaséns (2002) avhandling.

¹⁵ En liknande diskussion förs även inom medicinen (jfr Hellström, 1998; 1999). ”Perhaps always, but certainly in the last two centuries, in its treatment of the sick, Western medicine has substituted a reductive knowledge of diseases and their causes for direct knowledge about suffering” (Cassell, 1991, s. 24).

Dessa två paradigmer behöver inte nödvändigtvis uppfattas som ömsesidigt uteslutande, utan kan också ses som kompletterande. Som framgår av litteraturöversikten så har forskningen inom området dock dominerats av det dualistiska-reduktionistiska paradigmet. Detta har fått till följd att begrepp som 'information' och 'coping', som är bättre lämpade för det dualistiska-reduktionistiska paradigmet fokuserats. Fokus har därmed förskjutits mot information och kommunikation om patientens sjukdom och problem förknippade med den. Detta har inneburit att beredskapen att tala med patienten om dennes lidande kommit i bakgrunden. Forskning har emellertid visat att information och effektiv kommunikation inte är tillräckliga för att ge en fullgod vård. Patienten behöver även utrymme att berätta om sin upplevelse, sitt lidande, för någon som lyssnar och försöker förstå. Den plats där detta kan ske är samtalet, men som litteraturöversikten visat är samtalet relativt outforskat inom vårdforskningen både inom den dualistiska-reduktionistiska och inom den holistiska-humanistiska traditionen. Jag har inte kunnat finna någon studie vid den databaserade sökningen som problematiserar den rent begreppsliga innebörden i begreppen 'kommunikation' och 'samtal'. Inte heller har jag funnit någon studie som använder begreppet 'vårdande samtal'. Med syfte att ge en grundläggande begreppslig förståelse av begreppen 'samtal' och 'kommunikation' företas därför i nästa avsnitt en begreppsanalys med semantiska och etymologiska metoder.

3. Begreppen samtal och kommunikation

Materialet som analyseras utgår från svenska ordböcker utgivna mellan 1850-1998. Ordböckerna har valts utifrån en tidsperiod mellan 1850 till 1998, vilket ger möjlighet att studera begreppens omvandling och utveckling. Vidare har ordböckerna valts med beaktande av att utgå från fristående traditioner, förlag mm. I den semantiska analysen har 16 svenska ordböcker utgjort urval, medan den etymologiska utredningen bygger på Allén (1996), Hellquist (1948), SAOB, samt Wessén (1968).

Koorts (1975) metod för begreppsanalys, som senare utvecklats av Eriksson (Eriksson & Herberts, 1993; Eriksson, 1997b), består av tre huvudsakliga steg (jfr Kasén, 2002; Sivonen, 2000):

1) Etymologisk utredning eller analys innebär att ta reda på begreppets ursprung och förändringar i betydelse över tiden. De centrala källorna finns i etymologiska ordböcker.

2) Semantisk analys innebär analys av de språkliga uttryckens eller symbolernas betydelse (Koort, 1975). Den genomförs genom att man slår upp de valda begreppen i ordböcker för att få fram synonymer. Resultatet sammanfattas i synonymtablåer som följer ordböckernas kronologi. Om ordboksförfattarna är oeniga om ett begrepps betydelse genomförs en diskriminationsanalys.

3) Diskriminationsanalysen syftar till att genom analys av synonymerna få fram kännetecken och diskriminerande kännetecken. Analysen går till så att man slår upp de synonymer som har högt antal bindningar (Koort, 1975) och även de som anses särskilt intressanta utgående från det teoretiska perspektivet (Eriksson, 1997b). Utgående från detta beräknas en korrelation mellan begreppen i en sk diskriminationsmatris.

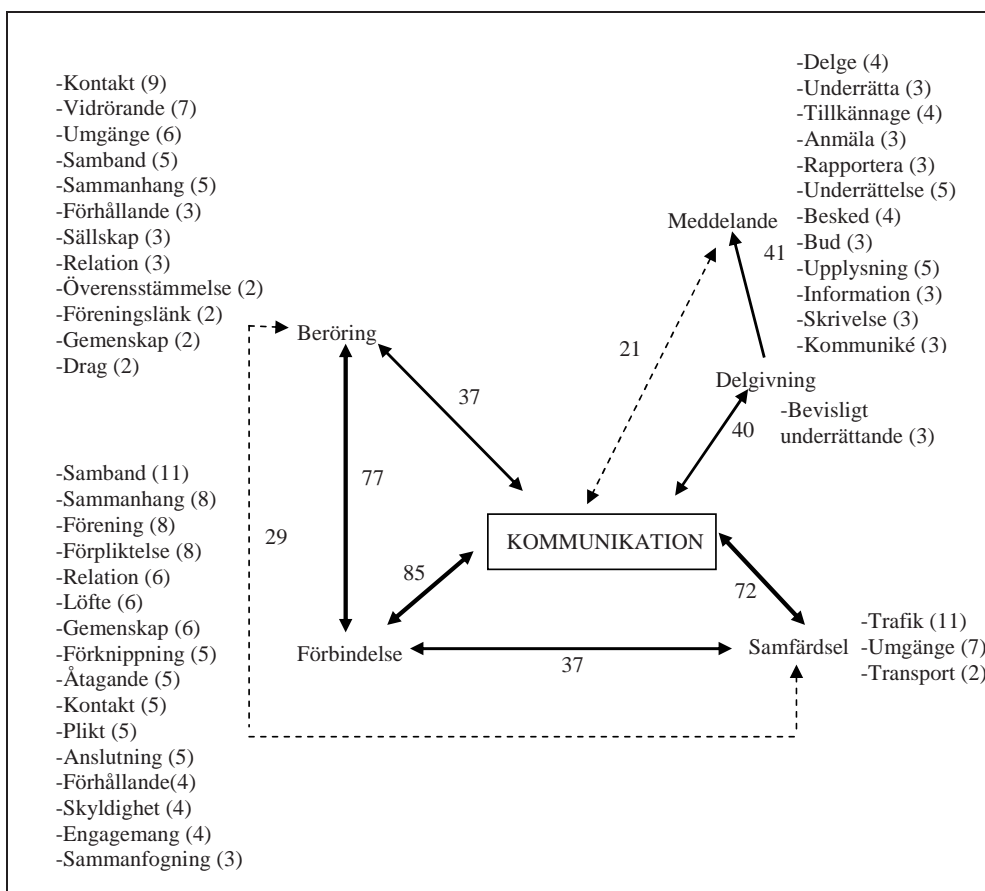
Korrelationen beräknas enligt formeln:
$$\text{Synonymitetsgrad} \frac{\text{antal bef bindningar} \times 100}{\text{antal möjliga bindningar}}$$

Formeln ger en synonymitetsgrad uttryckt i procent. Utgående från diskriminationsmatrisen skapas sedan ett diskriminationsparadigm. Detta uttrycker diskriminationsmatrisens korrelationer i grafisk form. Nedan presenteras först analysen av de båda begreppen, därefter den sammanfattande tolkningen av begreppsanalysen.

Begreppet 'kommunikation'

'Kommunicera' dateras av Allén (1996) till 1635 och kommer av latinets 'communicare' vilket ges betydelsen "göra gemensam". Enligt SAOB dateras 'kommunikation' till 1549-1689. Begreppet ges tre grundbetydelser: 1) "utdelande av nattvarden"; 2) "förhållandet att två rum eller gångar o.d. sammanhånga med varandra, förbindelse, äv. konkret sammanbindande eller förenande gång, rör o.d."; 3) "förhållandet eller möjligheten att utbyta meningar eller att underhandla med eller erhålla upplysningar av eller avsluta transaktioner med ngn. o.d. relation, förbindelse".

Den semantiska analysen gav en synonymtablå (bilaga 1) med 16 synonymer. Eftersom ordboks författarna inte var eniga utvaldes till diskriminationsanalysen de fem begrepp som hade högst synonymitet. Diskriminationsmatrisen (bilaga 2) visar att 'kommunikation' har fem huvudbetydelser vars inbördes relationer beskrivs grafiskt i diskriminationsparadigmet (Figur 1).



Figur 1. Diskriminationsparadigm för 'kommunikation'.

Diskriminationsparadigmet tydliggör ett semantiskt samband mellan begreppet 'kommunikation' och begreppen 'förbindelse' och 'beröring'. Begreppet 'förbindelse' dateras av Allén (1996) till före 1520 från fornsvenskans 'forbindilse' som betyder förbund. SAOB ger en mängd betydelser med referens till 'förbinda'. I huvudsak kan betydelserna delas i två kategorier: 1) relationer, sammanfogande, samband som har

materiell karaktär, t. ex. kemisk förening, 2) mänskliga relationer som giftermål, gemenskap, utbyte av meningar, förpliktelse att lova ngn. trohet, tacksamhetsskuld mm.

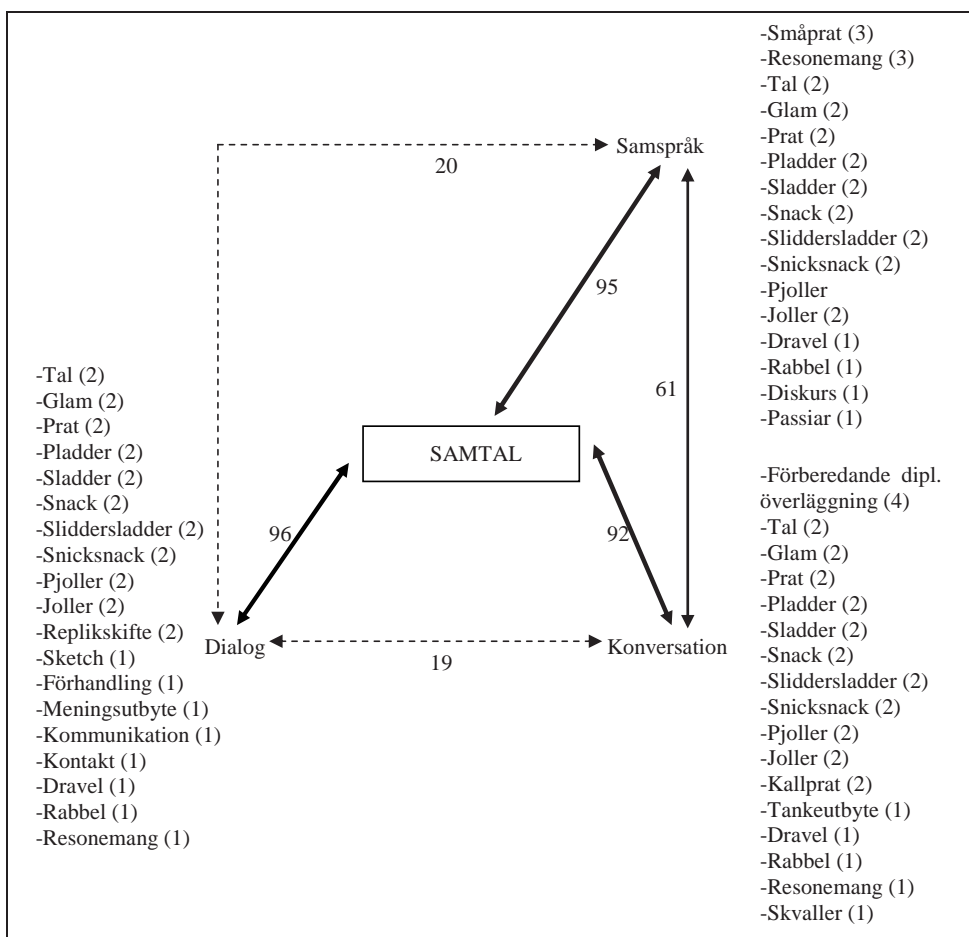
Genom förbindelsens synonymer blir inte bara 'relation' och 'gemenskap' synlig, utan här finns också begrepp som relaterar till etiken. 'Löfte', 'åtagande' och 'skyldighet' implicerar att förbindelsen förutom relation och gemenskap har en etisk dimension. Begreppet 'beröring' kommer enligt Hellquist (1948) av 'röra' från fornsvenskans 'hrora' med grundbetydelsen 'att sätta i rörelse', även med försvagad betydelse 'beröra' och 'vidröra'. Allén (1996) daterar begreppet till före 1520 med betydelsen 'omtala', 'beröra' ibland med föreställning om en helande verkan, "prästen berörde den sjukes panna". SAOB ger tre betydelser till begreppet: 1) "verkligt vidrörande", 2) "förbindelse (af social, merkantil eller politisk natur) umgänge, samfärdsel", 3) "om två eller flera personers eller sakers samvaro eller samtidighet eller tillvaro i tidsföljd; koexistens o. succession". Bland synonymerna till 'beröring' märks 'relation' och 'gemenskap' liksom 'kontakt'. Men det finns också en annan sida av 'kommunikation' som har med 'delgivning' av 'meddelanden' att göra, liksom 'samfärdsel' som enligt SAOB syftar på en gemensam färd.

Begreppet 'samtal'

Allén (1996) daterar begreppet 'samtal' till före 1520, i fornsvenskan samtal av 'sam' och 'tala', d v s "muntligt utbyte av synpunkter eller upplysningar vanligtvis på ett relativt informellt sätt". 'Sam' som förled betyder enligt Allén (1996) något "som inbegriper mer än en part, vanligen två". Historiskt kommer 'sam' (före 1520 i fornsvenskan) från det germanska prefixet 'gemens' med grundbetydelsen 'tillsammans', 'förenad med'. 'Tala' dateras enligt Allén (1996) till före 1520, i fornsvenskan 'tala', vilket betyder att "uttrycka något språkligt med hjälp av talorganen". Även SAOB härleder 'samtal' till fornsvenskan från 'sam' och 'tal' och ger betydelsen: "om förhållandet att två eller flera personer tala med varandra; samtalande; även konkretare, om enskilt fall av samtalande, sammanfattande, om två eller flera personers yttranden till varandra vid ett visst tillfälle, eller om ett visst ämne".

Den semantiska analysen av 'samtal' gav en synonymtablå (bilaga 3) med 36 synonymer. Emellertid var det endast tre synonymer som hade fler än fyra bindningar.

När man ser på synonymtabblån kan man att notera att begreppet 'kommunikation' är helt skilt från 'samtal', endast en bindning finns via synonymen 'dialog'. Synonymtabblån visar även på en brokighet och ytlighet i en del oväntade synonymer som 'sliddersladder' och 'snicksnack'. Diskriminationsmatrisen (bilaga 4) visar att 'samtal' har tre huvudbetydelser vars inbördes relationer beskrivs grafiskt i diskriminationsparadigmet (Figur 2).



Figur 2. Diskriminationsparadigm för 'samtal'.

I diskriminationsparadigmet för 'samtal' synliggörs ett semantiskt samband mellan begreppen 'dialog', 'konversation' och 'samspråk'. Synonymernas etymologi visar att 'dialog' enligt Wessén (1968) är "ett samtal mellan två personer" och kommer av grekiskans 'dialogos' som betyder "samtal", "utredning". Hellquist (1948) daterar ordet

i svenskan till 1721 från latin, tyska och franska 'dialogue', ytterst av grekiskans 'dialogos' som betyder utredning sammansatt av 'diá' med betydelsen genom, samt 'légien' med betydelsen läsa och tala. Allén (1996) ger betydelsen "samtal mellan två personer el. ev. flera; särsk. sådant där olika ståndpunkter respekteras och ev. utbyts". Allén (1996) anger vidare två typer av betydelser beroende på i vilket sammanhang dialogen sker: 1) "utvidgat (vänskapligt) utbyte av synpunkter ofta i motsats till (väpnad) konflikt, propagandakrig o.d."; 2) "spec.litt.vet., scenisk eller litterär framställning av samtal". SAOB ger ursprungsbetydelsen 'särskiljande i muntligt föredrag' som senare blev 'utredning'. SAOB påtalar även felaktiga antaganden om ordets betydelse (som även syns i ovanstående refererade ordböcker): "ordets bet. i nyare spr. Har påverkats af det förr allmänna antagandet, att det urspr. o. i klassisk grekiska skulle hafva betytt rätt och slätt 'samtal', i ngn. mån också af den äfvenledes på oriktig anknytning til 'dí' beroende uppfattningen att det företrädesvis betecknade ett samtal mellan två personer".

'Konversation' dateras i sin nuvarande betydelse, 'sällskapligt samtal' av Wessén (1968) till 1700-talet. Hellquist (1948) härleder 'konversera' från latinets via tyskans 'konversieren' och franskans 'converser' av latinets 'conversari', d v s umgås. Allén (1996) daterar konversera till 1785 med betydelsen "artigt samtal (utan djupare innehåll), om formellt samtal utan djupare engagemang". SAOB härleder konversera från engelskan och franskans 'conversation' från latinets 'conversatio' och anger två betydelser: 1) "umgänge, sällskapande, sällskap, äv. övergående i bet. festligt samkväm, bjudning"; 2) "i sällskapligt syfte fört (ofta ytligt o konventionellt) samtal". Konversationens ytlighet i förhållande till samtalet framgår av ett etymologiskt fragment från SAOB: "Man 'samtalar' då man har något att säga hvarandra, man 'konverserar' då man skäms att tåga" (Aronson, 1948).

Allén (1996) daterar 'samspråk' till 1773 med betydelsen 'lättamt samtal'. SAOB ger samma datering som Allén (1996) och betydelsen: "samtal, numera i synnerhet om förtroligt eller opretentiöst samtal, förr äv. i uttr. anställa (ett) samspråk med ngn., ge ngn. en lektion i form av ett samtal eller anordna en disputation med ngn."

Sammanfattande tolkning av begreppsanalysen

Hur skall man då tolka resultatet av begreppsanalysen? För det första kan man konstatera att begreppen 'samtal' och 'kommunikation' inte har något semantiskt samband. Vidare framstår innebörden i begreppet 'kommunikation' som i betydligt högre utsträckning relaterat till de kvaliteter som inom det vårdvetenskapliga perspektivet anses vara vårdande. Begrepp som 'relation', 'gemenskap', 'beröring', 'förbindelse' och kanske även symbolisk 'samfärdsel' som en resa patienten och vårdaren gör tillsammans är långt förenliga med det teoretiska perspektivet i föreliggande studie. 'Samtal' som begrepp saknar däremot dessa kvaliteter, här blir istället en viss ytlighet ('glam', 'pladder') och ett visst mått av rivalitet ('förhandling', 'meningsutbyte') synligt.

Utgående från begreppsanalysen så skulle begreppet 'kommunikation' vara bättre lämpat än 'samtal' som övergripande begrepp. Det skulle betyda att det på det begreppsliga planet vore bättre att byta ut 'vårdande samtal' mot 'vårdande kommunikation'. Samtal kan emellertid uppfattas som ett praxisbegrepp¹⁶, som givits kontextuella drag som inte synliggörs i ordböckerna. Något som öppnar för tolkningen: i vårdpraxis så samtalar man för att nå kommunikation.¹⁷ Att samtala uppfattas i svenskt kliniskt språkbruk som det gängse begreppet att använda: man säger inte till en patient "ni är välkommen till mig på kommunikation klockan elva idag". Det förefaller rimligt att i en studie som främst syftar till en kunskapsbehållning inom den kliniska vårdvetenskapen välja ett begrepp som uppfattas naturligt i den kliniska kontexten.

Det är emellertid även forskningens uppgift att problematisera begrepp. Utgående från begreppsanalysen och det teoretiska perspektivet finns det en spänning mellan begreppet 'samtal' och 'kommunikation' i det avseendet att 'kommunikation' som begrepp i betydligt högre utsträckning har kvaliteter som sammanfaller med det teoretiska perspektivets begrepp. Å andra sidan uppfattades det teoretiska begreppet 'kommunikation' som det gestaltade sig i litteraturöversikten som ett begrepp med flera olika betydelser beroende på inom vilken tradition det används. För att hantera detta spänningsförhållande vill jag dels argumentera för utvecklingen av 'vårdande samtal'

¹⁶ Med praxisbegrepp avser jag ett begrepp som spontant bildats och används i en praxis.

som ett teoretiskt begrepp inom den kliniska vårdvetenskapen, dels se 'kommunikation' som ett begrepp som kan vara relevant för den systematiska vårdvetenskapen. Enligt Eriksson (2001, s. 31) är det: "Den kliniska vårdvetenskapens bärande idé att i en given kontext, dvs. i ett givet sammanhang, uppenbara ett djupare meningssammanhang genom att tydliggöra de mönster som bär drag av den systematiska vårdvetenskapens teorikärna och ethos." Utgående från detta verkar det rimligt att som utgångspunkt för studiens kunskapsbehållning ta begreppet "vårdande samtal" som ett kliniskt vårdvetenskapligt begrepp, men fortfarande hålla dörren öppen för de positiva kvaliteter som ryms i kommunikationsbegreppet. Det innebär att det vårdande samtalet ses som ett sammanhang inom vilket den systematiska vårdvetenskapens teorikärna och ethos skall synliggöras.

4. Studiens syfte, frågeställningar och design

Utgående från litteraturöversikten och begreppsanalysen har vi nu fått en bild av vad ett samtal är, men vad är ett vårdande samtal? Vad skiljer ett vårdande samtal från ett samtal och vad är ett icke-vårdande samtal? Kan samtal vara vårdande utan att intentionen är det och kan det finnas vårdande samtal med inslag av både det som är vårdande och icke vårdande? Kan det finnas samtal som är vårdande utan att de lindrar lidande? Kan allt lidande lindras genom samtal? Hur förhåller sig det vårdande samtalet till kommunikation och relation? Studiens fokus ligger på en ökad förståelse inom det kliniska området och då främst inom psykiatrisk vård, vilket format såväl syfte som val av frågeställningar.

Det övergripande syftet med studien är att utgående från ett vårdvetenskapligt perspektiv utveckla en teori för det vårdande samtalet, speciellt som det gestaltar sig i den psykiatriska vårdkontexten.¹⁸ Avsikten är primärt att tillföra den kliniska

¹⁷ Utgående från litteraturöversikten så kanske det vore riktigare att säga: i vårdpraxis borde man samtala för att nå kommunikation.

¹⁸ Att välja just den psykiatriska vårdkontexten var ett strategiskt val eftersom samtal där är vanligt förekommande. Min egen kliniska förståelse hade naturligtvis också betydelse. Studien har emellertid inget fokus på psykiatri (som är en medicinsk specialitet), utan skulle lika gärna kunnat utföras i någon annat vårdkontext.

vårdvetenskapen kunskaper om hur samtal mellan vårdare och patienter kan lindra lidande i den psykiatriska vårdkontexten. Följande övergripande frågeställning har därmed aktualiserats:

- Vad är ett vårdande samtal som det gestaltas i psykiatrisk vårdkontext?

Denna övergripande frågeställning var utgångspunkten för den första delstudien (I) vars frågeställning löd:

1. Vad är det vårdande samtalets väsen,¹⁹ d v s vad är det som enligt patienter och vårdare kännetecknar ett vårdande samtal?

Denna första helhetsbeskrivning av det vårdande samtalet resulterade i ett antal teman som gav upphov till nya frågeställningar i delstudierna (II) och (III):

2. Hur beskrivs närvaro, beröring och lyssnande i kvalitativa vårdvetenskapliga studier och hur kan de relateras till varandra i ett vårdande samtal?
3. Hur beskrivs berättelse och förståelse/mening i kvalitativa vårdvetenskapliga studier och hur kan de relateras till varandra i ett vårdande samtal?

Resultatet av dessa kvalitativa forskningssynteser lade grunden till att börja urskilja en relationell och en narrativ aspekt i samtalet. För att ytterligare belysa den narrativa aspekten genomfördes en studie (IV) av hur den gestaltades i reella samtal mellan vårdare och patienter i den psykiatriska vårdkontexten. Frågeställningen löd:

4. Hur ser patienternas berättelser om sitt lidande ut och hur är de strukturerade när de gestaltas inom ramen för ett samtal?

Under forskningsprocessens gång hade frågor om den etiska aspekten i ett vårdande samtal gjort sig mer och mer påmind. Dessa fick därför forma frågeställningen för den femte delstudien (V):

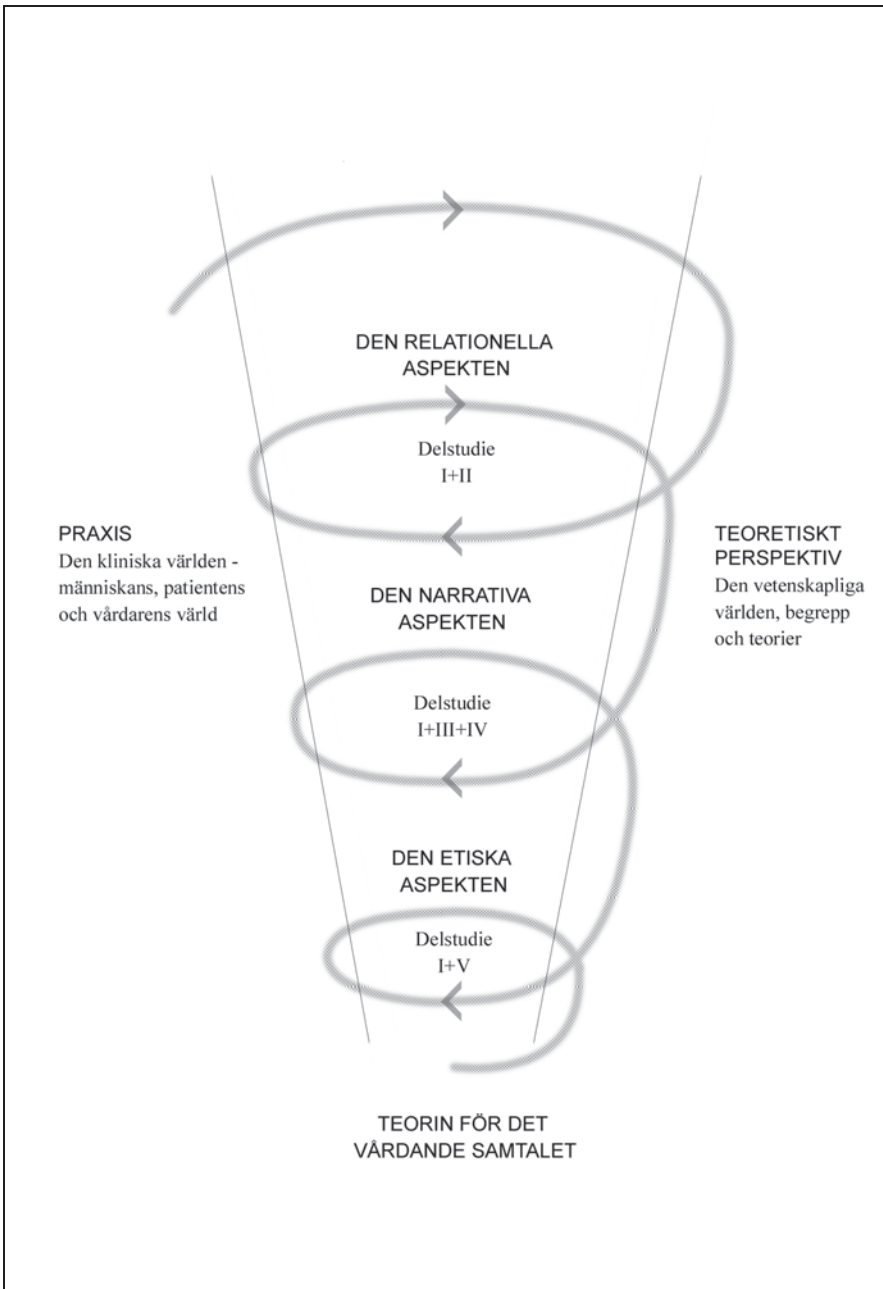
¹⁹ Denna studie hade en mer fenomenologisk (van Manen, 1990) ansats, framför allt i förhållande till insamlande av data. I delstudien talas om 'essence and meaning', d v s väsen skall förstås inom den hermeneutiska traditionen som ontologi.

5. Vilka utgör de etiska utgångspunkterna för ett vårdande samtal?

För att göra det möjligt för läsaren att följa med i forskningsprocessen vill jag redan nu introducera de tre aspekter i samtalet som redan antytts i frågeställningarna: den relationella, den narrativa och den etiska. Dessa är inte en del av förförståelsen, utan en del av studiens resultat. Att redan nu introducera en del av studiens resultat kan verka att gå händelserna i förväg. Det är emellertid nödvändigt eftersom en sammanläggningsavhandling inte ger utrymme att ta läsaren med på alla de stickspår och blindspår som den hermeneutiska forskningsprocessen inneburit, samtidigt som kravet på en fullständig rapportering inte får överges. För att göra detta möjligt används därför de tre aspekterna som ett övergripande heuristiskt redskap för att skapa en ”röd tråd” för läsaren att följa. Aspekterna kommer att vara synliga inte bara i presentationen av studiens design, utan också i beskrivningen av förförståelsen, delstudiernas genomförande och slutligen i studiens resultat.

Studiens design

Studiens design är hermeneutisk, vilket innebär att svaren på frågeställningarna hela tiden givit upphov till nya frågeställningar och att föregående studie utgör ett tillskott till, eller en förändring av förförståelsen inför nästkommande studie. Sammanfattningen av resultatet kan därmed inte endast bli en summering av delstudiernas resultat, utan är att betrakta som en fortsättning på rörelsen i den hermeneutiska cirkeln. Den hermeneutiska cirkeln, med sitt växlande mellan delar och helhet, förförståelse och ny förståelse (Gadamer, 1989), samt förklaring och förståelse (Ricoeur, 1982) får därför tjäna som övergripande struktur för presentationen av studiens design (figur 3). I förhållande till frågeställningarna kan man urskilja tre hermeneutiska cirklar. Den första cirkeln beskriver den relationella aspekten i ett vårdande samtal som utvecklats genom delstudierna I och II. Den andra cirkeln beskriver den narrativa aspekten av ett vårdande samtal som utvecklats i delstudie I, III och IV. Den tredje och sista cirkeln behandlar den etiska aspekten som utvecklats i delstudie I och V. På mikronivå utgör varje delstudie i sig en hermeneutisk cirkel.



Figur 3. Studiens design.

I de tre beskrivna cirkelarna sker förutom en växling mellan del och helhet, förförståelse och nyförståelse, förklaring och förståelse också en växling mellan olika typer av data som intervjuer med patienter och vårdare (delstudie I), bandinspelade samtal mellan

patienter och vårdare (delstudie IV), samt analys och tolkning av teoretiskt material (delstudie II, III och V). På en övergripande nivå utgör de tre hermeneutiska cirklarna delarna i den helhet som den avslutande tolkningen (teorin för det vårdande samtalet) utgör. De tre cirklarna har alltså givit upphov till en cirkelrörelse i spänningen mellan studiens teoretiska perspektiv - som förutom förförståelsen innefattar epistemologiska och metodologiska ställningstaganden - och praxis, d v s den kliniska värld där patienter och vårdare samtalar om lidande. Resultatet av denna cirkelrörelse, d v s studiens kunskapsbehållning, artikuleras i form av en teori för hur ett vårdande samtal kan tolkas vilken syftar till att visa på en ny möjlig värld i vilken praxis kan förstås på ett nytt sätt.

II. STUDIENS TEORETISKA PERSPEKTIV

1. Precisering av förförståelsen

Inom hermeneutiskt inriktad forskning spelar förförståelsen en avgörande roll i forskningsprocessen (Gadamer, 1989; Helenius, 1990; Ödman, 1988). I föreliggande studie utgör förförståelsen en del av det teoretiska perspektivet, som dessutom omfattar epistemologiska och metodologiska överväganden. Att anlägga ett teoretiskt perspektiv¹ innebär att välja ett speciellt sätt att se på och avgränsa verkligheten, hur vi kan gestalta kunskap om den, och med vilka metoder vi kan utforska den. Förförståelsen i föreliggande studie utgår från de av Eriksson (2001) för vårdvetenskapen formulerade ontologiska grundantaganden.² För att synliggöra förförståelsen i förhållande till studien som helhet presenteras den i relation till de tre aspekter som introducerades i avsnittet om studiens syfte.

Förförståelsen för det vårdande samtalets relationella aspekt

Enligt Eriksson (1987a; 1987b; 2001; 2002) är vårdandet något naturligt mänskligt som sker i en relation mellan själv och andra, i vilken man genom ansning, lek och lärande förmedlar tro, hopp och kärlek i syfte att lindra lidande. *Caritas*-tanken utgör vårdandets grundmotiv och vårdgemenskap är dess meningssammanhang (Eriksson, 1990; Eriksson & Lindström, 2000). I den psykiatriska vårdkontexten har vårdrelationen länge ansetts central (Peplau, 1988), och utgör den grundstruktur inom vilken ansandet, lekandet och lärandet sker (Lindström, 1994). Enligt Kasén (2002) bör man skilja mellan vårdrelation och vårdande relation, där vårdrelation avser alla relationer (oavsett om de är vårdande eller inte) mellan vårdare och patient. En vårdande relation ses däremot som en relation

¹ Föreliggande studie utgår från en syn på vårdvetenskap som ett vetenskapsområde med en egen unik teorikärna. Detta till skillnad från en syn på vårdvetenskap som ett forskningsområde där forskningen antingen sker utifrån teorier från andra tillämpade vetenskaper, eller utan artikulerat teoretiskt perspektiv (jfr Eriksson, 1997a).

² Dessa grundantaganden presenterades första gången 1987 (Eriksson, 1988) och var då fem till antalet, de utökades sedan till 10 men har i den senaste revideringen (Eriksson, 2001; 2002) reducerats till åtta.

som kan röra vid och lindra patientens lidande. Det är denna typ av relation som är aktuell i det vårdande samtalet.

Förförståelsen för det vårdande samtalets narrativa aspekt

Det vårdande samtalets narrativa aspekt utgörs av patientens berättelse om sitt lidande. "Lidande framstår som den mest centrala grundkategorin inom vården och vårdvetenskapen. Lidande binder samman olika former av vård men ger samtidigt vården dess särart i förhållande till andra närliggande områden" (Eriksson, 1991, s. 205). Lidande är inte vare sig en känsla, upplevelse eller abstrakt idé. Lidandet griper så att säga tvärs igenom människans tillvaro och färgar den på ett visst sätt. Det är inte en upplevelse i gängse bemärkelse, utan något som får människan att uppleva på ett visst sätt. Smärta t ex kan upplevas både som lidande och icke-lidande. Lidandet utgör därmed en grundläggande struktur i människans tolkning och förståelse av sin situation. Genom patientens lidandeberättelse blir denna tolkning och förståelse synlig.

Enligt Eriksson (1993) utspelas människans lidande i ett drama. Detta drama beskrivs av Lindholm & Eriksson (1993) som ett drama med tre akter: 1) bekräftelsen, då patienten längtar efter att lidandet skall bekräftas; 2) varandet i lidandet, då patienten önskar tid och rum att lida ut; 3) vardandet i lidandet, då patienten önskar återfinna enheten, bli försonad. I detta drama där människan kämpar mot det onda, det som kränker, framhåller Eriksson (1994) två möjligheter: att kämpa och försonas eller att ge upp. Att kämpa, att vända sig framåt mot det som ännu inte är, innebär samtidigt att människan tar ett steg närmare döden. I den meningen är att lida alltid ett "döende" även om det leder till nytt liv. Lidande i vården beskrivs genom tre kategorier "sjukdomslidande", "vårdlidande" d v s lidande som orsakas av otillräcklig, utebliven eller inhuman vård, samt "livslidande" (Lindholm & Eriksson, 1993).

Wiklund (2000) har utvecklat en teoretisk modell för lidandet som kamp och drama. Hon menar att lidandets kamp står dels mellan skam och värdighet, dels mellan människans sätt att förhålla sig till lust och olust. Utifrån dessa två begreppskontinuer formas fyra intriger för lidandets drama: det romantiska, det tragiska, det komiska, samt satiren. I det romantiska dramat söker människan besegra lidandet och kampen får drag

av strid. I det tragiska resignerar och undflyr människan lidandet och får därigenom vila från kampen. I komedin försonas människan med lidandet och kampen får drag av strävan. Satiren innebär att lidandet synliggörs genom att kampen får drag av tävlan och konkurrens. Dessa intriger kan förstås som grundläggande strukturer även för en lidandeberättelse som den formas i ett vårdande samtal.

Förförståelsen för det vårdande samtalets etiska aspekt

Den etiska värdegrunden präglas av synen på livet som en gåva, i motsats till den nihilistiska livssynen där livet ses som ett tomt råmaterial av vilket människan själv måste skapa mening (jfr. Asplund, 1991; Lévinas, 1990; Rhensfeldt, 1999; Ricoeur, 1992). Synen på livet som en gåva innebär att relationen till medmänniskan ställs i fokus. I vårdandet uttrycks denna relation i ett meningssammanhang, vårdgemenskap, vilket har sitt ursprung i en caritativ etik (Eriksson 2001). Lidande som livsfenomen kommer till synes i dialektiken mellan det onda och goda. "Lidande är någonting alltigenom ont, men att lida är en kamp mellan det onda och det goda, där liv ställs mot död. Där livet segrar har lidandet utgjort en kraftkälla till nytt liv. Lidande är till sitt djupaste väsen ett döende. Liv och död, lust och lidande, utgör kärnan i allt mänskligt liv" (Eriksson, 1993, s. 1). Vad som förstås som ont har ytterst att göra med människans värdighet. "Lidande kan upplevas som olika tillstånd, känslor och situationer, men djupast förorsakas lidandet av att människan fråntagits sin värdighet i objektiv och/eller subjektiv mening" (Eriksson, 1994, s. 45-46). I förhållande till vårdandet så framstår lidande som det som vårdandet riktas mot, d v s att lindra lidande är kärnan i alla former av vårdande. Vårdandets etiska fundament utgörs av värnandet av människans värdighet (Eriksson & Lindström, 2000), d v s *caritas*motivet som kommer till uttryck i medlidande, vilket "förutsätter mod, mod att ta ansvar och mod att offra någonting av sig själv" (Eriksson, 1994, s. 57). Vårdandet kan försiggå såväl naturligt som i en professionell kontext, som ger det en specifik yttre form.³ Oavsett vilket så är kärnan, d v s grundmotivet alltid detsamma. Det innebär att den etiska motiveringen i ett vårdande samtal är att lindra lidande.

³ Nåden (1999) framhåller att även den professionella vården ytterst är en konstnärlig akt.

2. Teoribegreppet inom vårdvetenskap

Inom hermeneutiskt orienterad forskning spelar inte endast förförståelsen, eller ontologin roll i forskningsprocessen utan också epistemologin. Epistemologin måste ge rum för den meningsbärande ontologin. I föreliggande studie är syftet att utveckla en teori för det vårdande samtalet. I det följande avsnitten problematiseras därför de epistemologiska utgångspunkterna för en sådan teori.

Internationellt har diskussionen om teorier inom vårdvetenskapen dominerats av de amerikanska metateoretikerna, där en taxonomi av 'grand theories', 'middle-range theories', och 'situation-specific theories' dominerar (Chinn & Kramer, 1991; Fawcett, 1989). Oberoende av teorins räckvidd så har metoderna för teorigenerering långt härlett från ett naturvetenskapligt kunskapsideal (jfr Fawcett, 1989; Meleis, 1991; Walker & Avant, 1988). Vårdteorierna (grand nursing theories) som konstruerades på sextio- och sjuttioalet, från vilka metoderna för teorikonstruktion härleddes, har kritiserats för att vara eklektiska, för abstrakta, samt sakna empiriskt och kliniskt stöd (Hall, 1997). Forskningens fokus under åttio- och nittioalet försköts emellertid mot vårdandets substans och metoder som fenomenologi, grounded theory, etnologi o s v, ökade i popularitet (Hall, 1997). Den senare utvecklingen med ett ökat inslag av kvalitativa metoder följer ett likartat mönster även i nordisk vårdvetenskap.

Vid en genomgång av ett antal nordiska avhandlingar⁴ med en i huvudsak hermeneutisk metodansats kan man urskilja två huvudsakliga sätt att gestalta kunskapsbehållningen. I det ena gestaltas resultatet i form av en grafisk presentation ofta benämnd "modell", t ex begreppsmässig modell (Edlund, 2002), tankemönster (Kasén, 2002), modell (Söderlund, 1998; Wärnå, 2002), teoretisk modell (Wiklund, 2000), heuristisk syntes (Bondas, 2000), teorimodell (Lindholm, 1998; Nåden, 1999). I det andra gestaltas resultatet i en övergripande tolkning, t ex interpretation (Sørli, 2001), sammanvägd förståelse (comprehensive understanding) (Paulson, 2002; Rasmussen, 1999; Strandberg, 2002; Talseth, 2001), tolkad helhet (Öhlén, 2001). Man kan på basen av

⁴ Urvalet begränsades av praktiska skäl till nordiska avhandlingar och gör heller inget anspråk på fullständighet då endast nyare avhandlingar beaktas. Att göra en fullständig genomgång av de nordiska avhandlingarna faller utanför ramen för föreliggande studie.

detta konstatera att det inte, i vart fall i de genomgångna nordiska avhandlingarna, finns något etablerat begrepp med vilket man kan åsyfta kunskapsbehållningen. Istället blir det nödvändigt för varje forskare att klargöra sina epistemologiska utgångspunkter. Vad som avses med begreppet 'teori' hör till de eviga frågorna, och varje tradition gör en egen bestämning av vad som skall avses med begreppet inom det egna perspektivet.

3. Teoribegreppet i ljuset av den hermeneutiska kunskapstraditionen

Enligt Gadamer (1989) betyder *theoria* ursprungligen deltagande i festtåget till gudarnas lov, ett äkta deltagande i skeendet och en sann närvaro. Numera används teoribegreppet i flera olika betydelser. Nordenfelt (1979) framhåller tre olika betydelser av teoribegreppet inom humaniora: i) beteckning på ett ämnesområde, t ex vetenskapsteori, historieteori, vårdvetenskapens teori osv; ii) grundläggande uppfattning om ett visst föremåls, i synnerhet ett forskningsområdes karaktär; iii) en helhet av generella satser, som möjliggör förklaring och förutsägelse inom ett stycke verklighet, och som dessutom utgör resultatet av systematisk empirisk forskning.

Palmer (1969, s. 33) urskiljer inte mindre än sex betydelser för termen hermeneutik vilka följer hermeneutikens historiska utveckling som börjar med bibeltolkning (i) och fortsätter med klassisk filologi (ii) där tolkningsobjektet inte längre begränsas till Bibeln. Schleiermacher (iii) kom sedan att ytterligare utvidga begreppet till att omfatta all språklig förståelse och Dilthey (iv) såg hermeneutiken som humanvetenskapens metodologiska fundament. Heidegger (v) förde in ett fenomenologiskt bidrag i hermeneutiken som senare utvecklats av Gadamer. Ricoeur (vi) pekar på två motsatta betydelser, eller funktioner hos hermeneutiken: dels att förstå den verklighet som en text eller en symbol öppnar upp, dels att behandla texten eller symbolen som en falsk verklighet som betvivlas. Vi kan av definitionerna se att hermeneutiken utvecklats från en snäv, eller regional form, till en bred, eller generell form.⁵ För att fördjupa förståelsen av teoribegreppet skall vi följa denna utvecklings senare del.

⁵Hermeneutikens historia har behandlats utförligt av bl a Gadamer (1977; 1989); Palmer (1969) och Ricoeur (1982). Som källor har även använts översiktsverk om fenomenologi och hermeneutik: Bengtsson (1991; 1993); Helenius (1990); Näden & Braute (1992); Åkerberg (1986); Ödman (1988).

Heidegger - från epistemologi till ontologi

På samma sätt som Husserl (1989) försökte finna ett absolut kunskapsfundament i det transcendentala egot, försöker Heidegger⁶ finna ett fundament i ontologin.⁷ Heidegger menar att människan alltid är situerad i världen⁸ och aldrig kan ta sig utanför den, vilket innebär att all förståelse med nödvändighet utgår från ett historiskt och temporalt sammanhang. Heidegger menar att världen inte är uppbyggd av "ting", utan "tingen" är i världen (Palmer, 1969). Genom detta upphävs subjekt-objekt dikotomin som ontologisk grund och Heidegger pekar istället på mening, förståelse och tolkning som ontologiska strukturer hos varat. Heidegger för med sitt resonemang om världen in den fenomenologiska livsvärlden (i Husserls ursprungliga betydelse) i hermeneutiken. Detta betyder att hermeneutik i Heideggers mening inte primärt handlar om textförståelse, utan om det ontologiska faktum att människan kan förstå och göra sig förstådd genom språket.

Vad får då Heideggers ontologi för konsekvenser för förståelsen av teoribegreppet? Heidegger menar att under alla påståenden ligger en mera primär form av tolkning och förståelse, d v s något förstås alltid *som* något. En teori i Heideggers mening bör, såvitt jag förstår, därför även innehålla en redogörelse för de primära tolkningarna, de "som", på vilka de teoretiska påståendena bygger, eller som Palmer (1969, s. 138) uttrycker det: "To affirm the more primary "existential-hermeneutical as" is to recognize that all assertions are really derived from and rooted in a more primary level of interpretation. It is to see that assertions cannot meaningfully be considered apart from their roots in existence." Det betyder att en teori utifrån Heideggers ontologi aldrig bara talar *om* något, utan alltid *om* något *som* något. En teori⁹ blir därmed beroende av en ontologisk undersökning (eller ontologiska antaganden) av förutsättningarna för de fenomen den vill beskriva och förklara.

⁶Utgångspunkten i denna analys är den tidige Heidegger, d v s Varat och Tiden (1981). Jag har mestadels utgått från sekundärkällor, främst Benktson (1983); Engdahl, Holmgren, Lysell, Melberg & Olsson (1977); Palmer (1969); Ricoeur (1982); Warnke (1995).

⁷Heideggers avståndstagande från epistemologin, och starka betoning av varat istället för tänkandet leder egentligen till samma risk för idealism som Husserl kritiserar för. Heideggers *Dasein* får samma funktion som absolut kunskapsfundament som Husserls transcendentala ego (jfr Ricoeur, 1991 s. 54ff).

⁸Heidegger kallar detta människans "kastadhet".

⁹Jag syftar här på teori i Nordenfelts (1979) betydelse (iii). Ricoeur (1982, s. 55) menar med referens till Heidegger att: "Hermeneutics is not a reflection on the human sciences, but an explication of the ontological ground upon which these sciences can be constructed."

Gadamer - hermeneutik som dialogisk förståelse

Gadamer¹⁰ (1989) utvecklar i sin hermeneutiska teori den primära (ontologiska) förståelsen till vad han kallar förförståelse, eller fördom. Gadamer betonar, precis som Heidegger, historiciteten och temporaliteten. Men om Heidegger var inriktad på människans förståelse av varat så är Gadamers intresse förståelsens dialogiska struktur. Det är inte så, enligt Gadamer, att vi är "fångade" i en viss historisk situation och tid, och bara kan förstå det som är givet "som". Gadamer menar att samtalet är det som förändrar förståelsen. När en förståelsehorisont möter en annan sker en justering och resultatet är en förändring av förståelsen. Det är denna dialog mellan förståelsehorisonter, eller mellan tradition och interpret, som Gadamer kallar förståelsens dialogiska struktur¹¹. Det finns emellertid också en fara med denna dialogiska förståelse, om traditionen tillåts bli en mäktigare kraft än vi själva. "I detta perspektiv leder samförstånd alltså till en underkastelse under traditionen. Vi anammar traditionens syn på sanningen och 'kommer för sent' om vi vill motivera eller ifrågasätta den, eftersom vi alltid redan anammat den" (Warnke, 1995, s. 134).

Som framgått har både Heidegger och Gadamer radikalt brutit med de försök till icke-relativism som Husserl sökte i sin transcendentala fenomenologi, de skiljer sig även från Kant och Hegel som båda, på olika sätt, sökte ett absolut kunskapsfundament.¹² Avvisandet av en absolut kunskap innebär emellertid inte med nödvändighet att rationalitet, eller förnuft avvisas (Warnke, 1995). Gadamers idé om förståelsens och kunskapens dialogiska struktur är istället ett uttryck för rationalitet. Gadamer menar att det på grund av historiciteten är omöjligt att placera kritiken, eller det kritiska förnuftet utanför förståelsehorisonten. Med andra ord kan vi aldrig ställa oss utanför den historiska situation vi är en del av och bedöma den utifrån förment objektiva kriterier. Genom mötet mellan olika uppfattningar sker en gradvis justering av våra antaganden och föreställningar i riktning mot en bättre analys, förståelse eller teori. Det betyder att

¹⁰Gadamer (1989), jag har även använt sekundärkällor vid analysen: Engdahl et al (1977); Palmer (1969); Ricoeur (1982); Warnke (1995).

¹¹"To reach an understanding in a dialogue is not merely a matter of putting oneself forward and successfully asserting one's own point of view, but being transformed into a communion in which we do not remain what we were" (Gadamer, 1989, s. 379).

¹²Gadamers tänkande är besläktat med Hegels i så måtto att han betonar dialektiken som en väg till kunskap. Skillnaden är att Hegel tänkte sig ett slut, "den absoluta kunskapen", på denna dialektiska process. Något som Gadamer tar avstånd ifrån (jfr Warnke, 1995, s. 209).

en teori kan uppfattas som sann, men den utvecklas hela tiden utifrån den praxis¹³ den möter, liksom den förändrar denna praxis i ett dialektiskt samspel.

Habermas och Ricoeur - ideologikritik och kritisk hermeneutik

Habermas och Ricoeurs¹⁴ utgångspunkt är det problem med traditionens auktoritet¹⁵ som Gadamer's hermeneutik för med sig. De för därmed (åter) in en metodologisk dimension i hermeneutiken, d v s hur man skall skilja mellan "sanna" och "falska" fördomar?

Habermas¹⁶ menar att vi inte kan ta för givet att den ideala samtalsituation som Gadamer talar om är för handen. Han menar att den tradition, eller förståelsehorisont som är utgångspunkten egentligen är ett resultat av systematiskt förvrängd kommunikation. Habermas ifrågasätter därmed det universalitetsanspråk som Gadamer formulerat för hermeneutiken och menar att det är nödvändigt med en kritisk reflexion, s a s utanför den hermeneutiska sfären (Warnke, 1995). Habermas menar att det behövs ett referenssystem, en teori, som hermeneutiken saknar, för att avslöja och förklara de bakomliggande faktorerna till den systematiskt förvrängda kommunikationen. Han vill alltså "ovanför" de två förståelsehorisonter som Gadamer förutsätter för hermeneutisk förståelse införa en teori som förmår förklara och blottlägga ideologi. Denna teori får då tjäna som tredje förståelsehorisont och utgör därmed en kvasiobjektiv vetenskap. Gadamer's svar¹⁷ på detta är motfrågan om huruvida denna kvasivetenskap själv inte är en del av traditionen, d v s i sig själv utgör en speciell slags fördom?

¹³ Med praxis förstås det som teorin behandlar, d v s data av något slag t ex empiriska observationer eller texter, eller i sin vidaste form världen.

¹⁴Jag har i detta avsnitt främst utgått från Ricoeur (1982) och Gadamer (1989), vad beträffar diskussionen mellan Habermas och Gadamer sekundärkällor: Engdahl et. al. (1977); Warnke (1995).

¹⁵Man skall inte missuppfatta Gadamer's användning av begreppet "auktoritet" som blind lydnad och underkastelse. "This is connected with the fact that authority cannot actually be bestowed but is earned, and must be earned if someone is to lay claim to it. It rests on acknowledgment and hence on an act of reason itself which, aware of its own limitations, trusts to the better insight of others. Authority in this sense, properly understood, has nothing to do with blind obedience to commands" (Gadamer, 1989, s. 279).

¹⁶Habermas "kritiska socialvetenskap" skulle egentligen falla utanför avgränsningen för föreliggande analys, men hans bidrag i diskussionen med Gadamer är enligt mitt förmenande så viktiga för hermeneutikens utveckling att ett utelämnande skulle vara att stympa det historiska förloppet, och därmed förståelsen.

¹⁷Det går inte av utrymmesskäl att här göra reda för Gadamer's bemötande av Habermas kritik i sin helhet, varför jag endast antyder vad Gadamer's svar går ut på.

Ricoeur¹⁸ framför en ståndpunkt, som kan sägas ligga mellan de båda föregående, och som han följaktligen kallar kritisk hermeneutik. Ricoeur gör den antinomi som Gadamer presenterar i titeln till sitt huvudverk till utgångspunkt för sitt resonemang: å ena sidan den främmandegörande distansering där ontologin förloras ur sikte som den metodologiska positionen innebär; å andra sidan det deltagande, eller den sanningssituation som Gadamer framhåller. Ricoeur menar att det är Gadammers uppfattning om förståelsens dialogiska karaktär med utgångspunkt i samtalet som leder till missförstånd, och pekar på distanseringens betydelse i förhållande till texten, eller verket. "In short, the work *decontextualises* itself from the sociological as well as the psychological point of view, and is able to *recontextualise* itself differently in the act of reading. It follows that the mediation of the text cannot be treated as an extension of the dialogical situation."¹⁹ Detta förhållande är egentligen också något som gäller i samtalet, där samma skillnad uppstår mellan sägandet och det sagda. Ricoeur menar att det är i detta "utrymme" som distanseringen påbjuder, som den kritiska självreflexionen kan äga rum. Han går tillbaka till Heidegger och pekar på dennes framhållande av förståelse som "the projection of my ownmost possibilities" (Ricoeur 1982, s. 93). Detta betyder att det inte bara är möjligt för texten att öppna upp *en* möjlig värld, utan flera. "Distanciation from oneself demands that appropriation of the proposed worlds offered by the text passes through the disappropriation of the self. The critique of *false consciousness* can thus become an integral part of hermeneutics, conferring upon the critique of ideology that meta-hermeneutical dimension which Habermas assigns to it."²⁰ Enligt Ricoeur är således den antinomi som Gadamer framhåller inte nödvändig, d v s hermeneutiken påkallar inte ett absolut val mellan metodologi och sanning. Som jag förstår Ricoeur så är det fråga om en rörelse från det ontologiska planet till ett metodologiskt "ytplan" där vi för ett ögonblick låter det varande framträda som förhandenvarande. Men Ricoeur lämnar inte, som t ex Habermas, det framträdande naket, utan låter förståelsen åter rekontextualiseras som vara. Detta innebär emellertid inte att Ricoeurs kritiska hermeneutik skall ses som en syntes av Gadammers och Habermas ståndpunkter, utan snarare en fördjupning av deras dialektiska förhållande.

¹⁸Jag har här utgått från Ricoeur (1982) och Engdahl et al (1977).

¹⁹Ricoeur (1982, s. 91), Ricoeurs kursivering.

²⁰Ricoeur (1982, s. 94f), Ricoeurs kursivering.

4. Slutsatser och precisering av teoribegreppet i föreliggande studie

Om man godtar hermeneutikens universalitetsanspråk upphävs meningen med den Cartesianska subjekt-objekt dikotomin som kunskapsgrund och korrespondensen med en tänkt yttre verklighet överges. Verkligheten observeras inte, den *visar sig* som förståelse och denna förståelseprocess är hermeneutisk. Teoribegreppet får därmed inte den ställning av abstrakt beskrivning av en yttre verklighet, en empiri, som den har inom t ex naturvetenskapen. Att utveckla teorier blir i stället nära besläktat med att tolka, men det är fråga om ett disciplinerat tolkande. Teori uppfattas inte endast som resultatet av en forskningsprocess utan också som en interpretationskomponent, ”...för att fördjupa förståelsen och därmed öka tolkningsmöjligheterna” (Åkerberg, 1986, s. 125). Tolkandet uttrycks i ett språk, en teori. Det kan emellertid vara vilseledande att likställa tolkning och teori. En bättre lösning är att med teori förstå: *ett tolkningsmönster, d v s ett antal tolkningar och påståenden som i sin inbördes relation explicerar och öppnar upp ett stycke värld*. En sådan teoriuppfattning får konsekvenser för forskningen och gestaltningen av kunskapsbehållningen på flera plan:

- En teori är regional, d v s den är giltig i en viss tid och kontext.
- Teori utarbetas i (sam)arbete med en praxis och kan sägas vara ett tolkningsmönster som öppnar upp praxisens värld på ett nytt sätt.
- Teori är inte endast ett resultat av forskningsprocessen utan används, genom hela forskningsprocessen, som ett redskap för att ”disciplinera tänkandet”.
- En teori korresponderar inte med en yttre verklighet (mot vilken den kan verifieras eller falsifieras), utan öppnar upp ett stycke av världen så som den erfars av människor.
- En teori är, till skillnad från ontologi, sann inom en given förståelsehorisont. Ontologin utgörs av de antaganden som är förståelsehorisontens grund.

Vilka sanningskriterier kan då tillämpas på en teori enligt ovanstående definition? Alvesson & Sköldberg (1994) har utarbetat en modell innefattande tre sanningskriterier: det representativa, det signifikativa och det pragmatiska. Det representativa sanningskriteriet har *korrespondens* med verkligheten som kriterium. Det pragmatiska sanningskriteriet har praktisk *användbarhet* som kriterium. Det signifikativa sanningskriteriet har uppdragande av *mening* som kriterium. Dessa sanningskriterier förekommer sällan renodlade, utan kombineras med varandra (Alvesson & Sköldberg, 1994). Det teoribegrepp som artikulerats ovan kombinerar kriterierna mening och användbarhet. Detta betyder att en teori bedöms utifrån dess meningsfullhet och användbarhet. Uppdelningen mellan teori och empiri blir därmed mindre betydelsefull, än när korrespondenskriteriet tillämpas. Såväl teori som empiri är ju förstådd ”som” någonting, d v s det finns ontologiska antaganden som påverkar båda kunskapsformerna.

5. Metodologiskt närmelesätt

Att utveckla en teori i den betydelse som presenterats i föregående avsnitt innebär att metoder för datainsamling, begrepps- och teoriutveckling samspelar med varandra under forskningsprocessen. Kunskapsintresset bygger inte på att exakt avbilda verkligheten, utan istället på att föra ett samtal med texter som på något sätt berör det fenomen som studeras. I föreliggande studie har dessa samtal dels förts med patienter och vårdare (delstudie I, IV), dels med vetenskapliga texter som behandlar de begrepp som studeras (delstudie II, III, V). Fenomenologin har väglett insamlande av berättelser från respondenter i den första delstudien (I), medan hermeneutiken²¹ har tjänat som metodologi för tolkning och förståelse i samtliga delstudier (I-V).

²¹ Skillnaden mellan den romantiska hermeneutiken (t ex Dilthey och Schleiermacher) och den fenomenologiska (t ex Heidegger och Gadamer) såväl som den kritiska hermeneutiken (Ricoeur) är att den förstnämnda försöker förstå ett subjekt ”bakom” texten, författaren, medan de senare försöker förstå den värld som öppnas ”framför” texten (jfr Kristensson-Uggla, 1994). Föreliggande studie ansluter sig till de senare, vilket betyder att det är textens *sak* som står i fokus (Gadamer, 1989; Ricoeur, 1982; 1991; van Manen, 1990). Konsekvensen av detta blir att författarnas (de som skapat texten) betydelse, såväl som deras övriga texters betydelse för tolkningsarbetet tonas ned. Detta skall inte tolkas som en brist på respekt för författaren eller ett förhärjande av den egna tolkningen, utan är en konsekvens av det metodologiska närmelesättet.

Tolkning sker på tre olika nivåer i föreliggande studie: i relation till enskilda texter i delstudierna, i förhållande till flera delstudier som tolkas i relation till en aspekt i teorin för det vårdande samtalet och i förhållande till de tre aspekterna när de sammanförs till teorin. Tolkningsförfarandet är likartat oberoende av tolkningsnivå och följer den hermeneutiska cirkeln där det sker en växling mellan delar och helhet, förklaring och förståelse, samt förförståelse och nyförståelse. Nivåerna skiljs åt genom förhållandet mellan delar och helhet. Det som i en delstudie utgör helhet (kunskapsbehållningen) utgör på nästa nivå en del som relateras till andra delar (delstudier) i en ny helhet (aspekten). Slutligen utgör de tre aspekterna delar i förhållande till den helhet som teorin utgör.

I den avslutande tolkningen och utvecklingen av teorin för det vårdande samtalet utgör det teoretiska perspektivet en förståelsehorisont som i mötet med praxis²² öppnar en ny förståelsehorisont, d v s teorin. Detta innebär att den kritiska reflektionen (jfr Ricoeur 1982) inte enbart sker i varje delstudie för sig, utan också i relation till helheten. På samma sätt sker en växling mellan de olika nivåerna i förhållande till förförståelse och nyförståelse, där nyförståelsen i en tidigare studie utgör förförståelse i nästa o s v. De förklarande och förstående momenten växlar mellan de olika nivåerna, där det förstående momentet på en nivå kan analyseras och förklaras på nästa nivå som ett led i tolkningsprocessen.

6. Metoder och genomförande av delstudierna

I föreliggande avsnitt presenteras metoder för datainsamling och databearbetning, samt urval för delstudierna. För att ge läsaren en överblick av delstudierna presenteras inledningsvis en tabell av vilken framgång vilken aspekt i teorin för det vårdande samtalet som delstudien relaterar till, dess frågeställning, metod, vilket datamaterial som ingår, samt dess aktuella status (tabell 2).

²² Med praxis förstås här de texter som utgör studiens data, och som ses som spår av praxis.

Aspekt av samtalet	Titel	Frågeställning	Metod	Datamaterial	Status
Delstudie I Relationella Narrativa Etiska	The Caring Conversation - Talking About Suffering. A Hermeneutic Phenomenological Study in Psychiatric Nursing	Vad är det vårdande samtalets väsen, d v s vad är det som enligt patienter och vårdare kännetecknar ett vårdande samtal?	Hermeneutisk fenomenologi	Öppna ostrukturerade intervjuer med 6 informanter, 19 intervjuer	Int J of Hum Caring (publicerad 1998)
Delstudie II Relationella	Modes of Relating in a Caring Conversation: A Research Synthesis on Presence, Touch and Listening	Hur beskrivs närvaro, beröring och lyssnande i kvalitativa vårdvetenskapliga studier och hur kan de relateras till varandra i ett vårdande samtal?	Kvalitativ forskningsssyntes	Kvalitativa studier publicerade i tidskrifter och antologier, 28 artiklar (totalt 262 informanter)	J Adv Nurs (publicerad 1999)
Delstudie III Narrativa	The patient's narrative of suffering - a path to health? An interpretative research synthesis on narrative understanding	Hur beskrivs berättelse och förståelse/mening i kvalitativa vårdvetenskapliga studier och hur kan de relateras till varandra i ett vårdande samtal?	Kvalitativ forskningsssyntes	Kvalitativa studier publicerade i tidskrifter och antologier, 23 artiklar (totalt 92 informanter)	Scand J Caring Sci (publicerad 2001)
Delstudie IV Narrativa	Caring Conversations - Psychiatric Patients' Narratives About Suffering?	Hur ser psykiatriska patienters berättelser om lidande ut och hur är berättelserna strukturerade när de uttrycks i ett samtal?	Hermeneutik	Individuella samtal mellan patienter och vårdare som spelats in på band, 3 vårdare och 8 patienter, 20 samtal	J Adv Nurs (publicerad 2002)
Delstudie V Etiska	The Ethics of the Caring Conversation	Vilka är de etiska utgångspunkterna för ett vårdande samtal i ljuset av Ricoeurs etik?	Hermeneutik	Paul Ricoeurs Oneself as Another (1992)	Nurs Ethics (under tryckning 2003)

Tabell 2. Översikt över delstudiernas frågeställningar, metoder och material.

Delstudie I

Som litteraturoversikten visat var vårdande samtal ett relativt outforskat område, därför valdes en öppen och explorativ metodologisk ansats i den första delstudien. Van Manens (1990) hermeneutiska-fenomenologiska metod med sin ”fenomenologiska öppenhet”, kombinerad med en tolkande ansats som ligger i linje med kunskapssynen i föreliggande studie, var därför lämplig. För att få en allsidig belysning valdes både vårdare och patienter som respondenter. Den vårdenhets där data samlades in valdes med avseende på dess uttalade vårdande arbetssätt, alltså inte på grund av geografisk placering.²³ Materialet i delstudie I omfattade 19 intervjuer, som var mellan 15 och 70 minuter långa, med tre patienter och tre vårdare vid en mindre psykiatrisk vårdenhets i Finland. Patient och vårdare valdes utifrån att de hade en aktuell vårdrelation och således samtalande med varandra och att de var villiga att delta i studien. Patienterna var alla under 30 år men hade ändå en lång och varierad erfarenhet av psykiatrisk vård. Vårdarna som var mellan 37-46 år, hade alla varit sjuksköterskor i mellan 12-21 år. Intervjuerna genomfördes i två omgångar. I de inledande intervjuerna²⁴ användes ett fåtal öppna frågor i syfte att få respondenterna att berätta om sina upplevelser av vårdande samtal och icke-vårdande samtal, samt att berätta om sina upplevelser av samtal utifrån fyra existentialer (van Manen 1990): ”platsen”, ”kroppen”, ”tiden” och ”relationen”. Efter att dessa intervjuer kodats och analyserats en första gång genomfördes en andra intervjuomgång med tre vårdare och en patient utifrån de preliminära teman som stigit fram.

Den metodiska ansatsen utgick från van Manen (1990) som ansluter sig till den moderna hermeneutiska fenomenologin. Den omfattade fyra steg för hur en studie byggs upp och genomförs. *Orientering mot fenomenet* innebar att forskaren orienterade sig mot fenomenet och formulerade frågeställningen, samt att förförståelse och grundantaganden explicitgjordes. *Undersökning av upplevelser* syftade till att i intervjuer samla beskrivningar av upplevelser av det undersökta fenomenet. Dessa upplevelsesbeskrivningar överfördes sedan till text och texterna blev sedan underlag för den hermeneutisk fenomenologiska reflektionen. Den *hermeneutisk fenomenologiska reflektionen* innefattade två procedurer: tematisk analys och fastställande av essentiella

²³ Ett krav var dock att respondenterna skulle vara svensktalande.

²⁴ Information till respondenter se bilaga 5.

teman. Den tematiska analysen genomfördes genom återupprepad läsning av det datamaterial som forskaren samlat in. Det slutliga fastställandet av nio teman skedde när forskaren ”fångat” fenomenet och fann beskrivningen fullständig. Den slutliga *hermeneutisk fenomenologiska beskrivningen* var en procedur som syftade till att språkliggöra upplevelser av det undersökta fenomenet. Det handlade dels om att hitta de rätta språkliga uttrycksformerna, dels om att variera exemplen på fenomenet för att fånga dess kvaliteter.

Delstudie II och III

I detta skede kunde den narrativa- och den relationella aspekten börja urskiljas i de teman som framkommit i delstudie I. I den relationella aspekten framstod närvaro, beröring och lyssnande som centrala, i den narrativa aspekten berättelse och förståelse/mening. Dessa teman visade sig vid en litteratursökning vara relativt väl utforskade, varför en analys och syntes av litteraturen framstod som fruktbar. Detta tillvägagångssätt gav möjligheter till ett mycket rikare material, både till omfång och innehåll, än vad en enskild studie med respondenter kunnat ge. Det är även etiskt motiverat att inte upprepa studier inom områden där syntes av redan genomförda studier kan ge samma kunskapsbehållning. Materialet i delstudie II och III utgjordes av studier publicerade i vårdvetenskapliga tidskrifter. Urvalet till dessa forskningssynteser gjordes genom systematisk sökning i databasen CINAHL.²⁵ Urvalet i tid avgränsades till sökperioden 1990 till juni 1998, avgränsningen i tid gjordes för att få aktuella artiklar och även för att få ett hanterbart material.²⁶ I delstudie II utgjordes urvalet av 28 studier som behandlade närvaro, beröring och lyssnande. I delstudie III utgjorde urvalet 23 studier som behandlade berättelse, förståelse och mening.

De metodiska ansatserna var likartade i båda dessa delstudier och utgick från Ricoeurs (1982; 1991) hermeneutik.²⁷ Ricoeurs (1991) hermeneutiska cirkel eller snarare spiral rör sig runt begreppen förstå och förklara, emellertid inte på det ömsesidigt uteslutande

²⁵ Citation Index for Nursing and Allied Health Literature.

²⁶ Över 5000 titlar och abstract gick igenom manuellt för att finna de inkluderade artiklarna.

²⁷ Ricoeurs hermeneutik har inspirerat flera svenska vårdforskare (Frid, Öhlén & Bergbom, 2000; Paulson, 2002; Rasmussen, 1999; Strandberg, 2002; Sørli, 2001; Talseth, 2001; Wiklund, 2000) men den har såvitt jag vet aldrig använts i syfte att tolka och syntetisera vetenskapliga artiklar, sk. kvalitativ forskningssyntes. Dessa artiklar kan således ses som något av en metodutveckling.

sätt som Dilthey behandlar begreppen (jfr Palmer, 1969). Ricoeur (1991) menar tvärtom att det är just dialektiken mellan att förstå och förklara som ger hermeneutiken sin vetenskapliga prägel. Ricoeur (1991) beskriver inte några konkreta steg i sin texttolkningsteori, men för överskådlighetens skull så presenteras *tolkningen* av texttolkningsteorin²⁸ i form av tre steg så som de gestaltas i delstudie II och III.

1) Det första ledet mellan förståelse och förklaring tog sin utgångspunkt i forskarens läsning av de insamlade texter (vetenskapliga artiklar) som berör de begrepp som man önskar utveckla teori omkring. Sedan valdes texter (artiklar) utifrån den första ”naiva tolkningen” av textens referens som sammanfallande med det begrepp som avsågs. Detta skede motsvarades av Ricoeurs ”naiva läsning”, d v s det skede då forskaren ”gissar” vad textens mening är. I detta skede markerades speciellt beskrivande fraser, definitioner, teman och metaforer i texten.

2) Denna ”gissning” eller ”naiva förståelse” var emellertid ett alldeles för bräckligt och subjektivt redskap för att tillfullo förstå texten. Här behövdes en validerande funktion, vilkens första del utgjordes av förståelsens väg mot förklaring. Ricoeur (1991, s. 159) gör här en distinktion mellan att validera och att verifiera:

To show that an interpretation is more probable in the light of what is known is something other than showing that a conclusion is true. In this sense, validation is not verification. Validation is an argumentative discipline comparable to the juridical procedures of legal interpretation.

Den första valideringen skedde med hjälp av strukturella analyser, där texten lästes som en sluten värld och där analysen av delar (enligt Ricoeur utgörs den minsta analysenheten av meningen) och helhet ledde fram till strukturella förklaringar. Dessa strukturella förklaringar utgjorde sedan utgångspunkt när de olika studierna fördes samman. Den strukturella analysen utgjorde således ett nödvändigt steg mellan den naiva tolkningen och den kritiska tolkningen, mellan yttokning och djuptolkning.

²⁸Jag vill här lyfta fram att det är min tolkning av Ricoeurs arbete och att han inte på något sätt kan hållas ansvarig för denna tolkning, lika lite som jag själv kan hållas ansvarig för att vara ”ricoeurian“. Detta ligger helt i linje med den tidigare framhållna ”textens autonomi“.

Sammanfattningsvis kan man säga att vägen från förståelse till förklaring gick via en strukturell analys där texten de-kontextualiseras. Den strukturella analysen och dess förklaringar bildade sedan utgångspunkt för en kritisk reflektion i vilken tolkningar validerades.

3) Förklaringens väg tillbaka till förståelse tog sin början i de strukturella förklaringarna, där texten frigjorts från sin referens till en värld. Man skulle kunna säga att vägen gick tillbaka till världen, eller kanske snarare *fram mot en möjlig värld*. Det var i detta skede som tolkningar ställdes mot varandra (den kritiska reflektionen) i syfte att finna en djup-tolkning och en djup-förståelse av textens mening. Här ville man emellertid inte endast komma till en djup förståelse av textens mening, utan ”actualize the potential nonostensive references of the text in a new situation, that of the reader” (Ricoeur, 1991, s. 162). Annorlunda uttryckt re-kontextualiseras textens mening och referens till det vårdande samtalets sfär, för att finna svaret på frågan ”vad lär oss denna text om det vårdande samtalet”.

Delstudie IV

I delstudie IV söks en fördjupad förståelse för hur psykiatriska patienters lidande gestaltas i form av en berättelse inom ramen för ett samtal. Studien utgör därmed en logisk fortsättning på och fördjupning av den förståelse för det vårdande samtalets narrativa aspekt som steg fram i delstudie III. Materialet i delstudie IV utgjordes av bandinspelade enskilda samtal mellan åtta patienter och tre psykiatriska sjuksköterskor vid en mindre psykiatrisk öppenvårdsenhet i Sverige.²⁹ Enheten valdes därför att samtal mellan patienter och vårdare var en naturlig del av vården, och därmed skulle det vara möjligt att få bandupptagningar av dessa samtal. Patienten uppmanades att i samtal tillsammans med sjuksköterskan berätta om sitt lidande.³⁰ Varje patient och sjuksköterska gjorde en till tre bandinspelningar. Det totala materialet omfattar 20 inspelade samtal (ca 16 tim 10 min). Vid urvalet av patienter beaktades ålder, kön samt

²⁹ Att denna delstudie genomfördes i Sverige, när den föregående studien med respondenter (delstudie I) genomfördes i Finland, berodde på praktiska omständigheter. Det var helt enkelt lättare för forskaren att koordinera datainsamlingen i hemlandet. Det finns heller inget som tyder på att upplevelsen av lidande, till följd av kulturella eller andra skillnader, skulle vara olika hos finlandssvenska och rikssvenska respondenter (jfr Lindholm & Eriksson, 1993; Wiklund, 2000).

³⁰ Informationsbrev till patienter se bilaga 6.

patientens erfarenhet av psykiatrisk vård. En jämn könsfördelning eftersträvades för att få en bild av både manliga och kvinnliga erfarenheter. Variation i ålder och längd på patientens erfarenhet av psykiatrisk vård syftade till att få varierade berättelser om lidande. Könsfördelningen var jämn, medelåldern 35 år (22-55) och erfarenheten av psykiatrisk vård varierade från mindre än sex månader till mer än fem år. Sjuksköterskorna var mellan 38-52 år och hade varit sjuksköterskor mellan 4-21 år. De fick ingen speciell träning i samband med studien. De inspelade banden skrevs ut ordagrant av undertecknad. Tolkningen av insamlade data följer i stort sett samma tillvägagångssätt som delstudierna II och III. En naiv läsning genomfördes i syfte att få en första förståelse av texten. I denna läsning kondenserades texten till en löpande berättelse för varje patient, omfattande cirka 25 % av den ursprungliga texten. De kondenserade berättelserna genomlästes av författarna var för sig. Efter den naiva läsningen genomfördes två strukturella analyser som avslutningsvis konfronterades med varandra i en kritisk reflektion. Syftet med den kritiska reflektionen var att nå en djup förståelse av texten, därvid utgjorde även förförståelsen ett viktigt moment i reflektionen (jfr Wiklund, Lindholm & Lindström, 2002).

Delstudie V

I delstudie V aktualiseras det vårdande samtalets etiska aspekt genom ett sökande efter de etiska utgångspunkterna. Materialet i delstudie V utgjordes av Ricoeurs (1992) 'Oneself as Another', där framförallt kapitlen sju, åtta och nio stod i fokus. Valet av Ricoeurs etik motiveras av dess problematisering av den mellanmänskliga relationen och kommunikationen, liksom av att den täcker ett vidsträckt filosofiskt område från Aristoteles till Kant och Hegel. Ricoeur lästes i den engelska översättningens originalupplaga. Som stöd i den filosofiska analysen av Ricoeurs etik bredvidlästes Kristensson-Uggla (1994). I den filosofiska analysen förs ett samtal mellan Ricoeurs (1992) etik och det vårdvetenskapliga perspektivet i syfte att nå en djupare förståelse för det vårdande samtalets etiska fundament.

7. Forskningsetiska aspekter

Studiens etiska överväganden utgår från forskningsetiska principer. Såväl ICN³¹ (2000) som HSFR³² (1990) lyfter fram att forskningskravet, d v s att kunskaper utvecklas och fördjupas, måste ställas mot individskyddskravet, d v s att respondenternas integritet och säkerhet skyddas. I föreliggande studie (delstudie I och IV) finns tre huvudsakliga etiska frågeställningar: 1) hur skall respondenternas integritet skyddas, 2) hur skall deras säkerhet skyddas, d v s att de ej kommer till skada eller åsamkas onödigt lidande, 3) hur skall studiens resultat spridas.

Samtliga deltagande i studien omfattas av frivillighetsprincipen, samt rätten att när som helst utan närmare motivering avbryta sitt deltagande i studien. I delstudie I förverkligades detta genom skriftligt informerat samtycke och i delstudie IV som muntligt informerat samtycke. I båda dessa delstudier tillfrågades patienten om deltagande av en sjuksköterska som inte var involverad vare sig i patientens vård eller deltog i respektive studie. Vad gäller anonymitet så är det en omöjlighet i intervju- och samtalsstudier. Däremot beaktas respondenternas integritet i så måtto att deras identitet förblir okänd för andra än forskaren. Detta sker genom att vissa bakgrundsdata och andra speciellt utmärkande fakta kamoufleras vid redovisningen av resultatet. Vad gäller respondenternas inbördes förhållande (vårdare och patient) så tillgodoses kravet om konfidentialitet genom att vårdarna är legitimerad sjukvårdspersonal och omfattas av tystnadsplikten (delstudie IV).

När det gäller respondenternas säkerhet finns flera aspekter att beakta. Några tillvaratas genom urvalskriterierna, där särskilt känsliga patientgrupper (tvångsvårdade, självmordsnära och akut psykotiska) valts bort (delstudie I och IV).

En annan fråga rör huruvida intervjuerna och samtalen kan orsaka lidande. Det är sannolikt så att samtalen om eget lidande väcker känslor och minnen. I delstudie I var

³¹ International Council for Nurses.

³² Humanistisk- samhällsvetenskapliga forskningsrådet.

forskarens erfarenhet som psykiatrisjukskötare en resurs i intervjusituationen, och jag försäkrade mig om att respondenten inte lämnades ensam med svåra frågor. Målsättningen var förstås att genom försiktighet och lyhördhet undvika sådana situationer där respondenten skulle känna sig pressad att berätta mer än han ville. Om det var nödvändigt fanns en beredskap att avbryta intervjun. Patienten tillförsäkrades också hjälp av sin kontaktperson på vårdenheten.

I delstudie IV var det inte fråga om en intervjusituation utan samtalssituationen utgjorde också en vårdande situation. Patienten hade frivilligt sökt hjälp för sitt lidande och förväntade sig att vårdaren skulle ta fasta på detta. Patienterna var skyddade i så måtto att vårdaren styrdes av den etiska koden att inte skada patienten och att lindra lidande (ICN, 2000). För vårdarnas del så hade de stöd i handledning som idag är en självklar del i det psykiatriska vårdarbetet. Det utgjorde ingen större belastning för dem att samtalen bandades och ”granskades” av forskaren, då detta är ett vanligt förfarande t ex i handledning.³³ Studien i sig utgjorde således egentligen ingen större etisk belastning för vare sig patient eller vårdare. Den dokumenterade ett naturligt förlopp för forskningsändamål. Det som i sig utgjorde en skillnad var att vårdaren och patientens samtal delades med forskaren.

Frågan om spridning av resultaten och därmed respekt för respondenternas villighet att delta i studien, grundad på att kunskapen kan vara till nytta för andra, tillgodosågs genom publicering i internationella vetenskapliga tidskrifter.

³³ Vid enheten användes videoinspelningar av samtal i handledningssyfte.

III. RESULTAT

1. Den relationella aspekten i ett vårdande samtal

I den första delstudien (I) beskrevs den relationella aspekten av samtalet dels som gemenskap, dels som en relation i form av ett symboliskt rum – det vårdande samtalsrummet. Gemenskapen utgjorde en yttre ram för ett vårdande samtal, och kunde t ex skapas genom att patienten och vårdaren ”kände igen” varandra som människor. Det vårdande samtalsrummet, relationen, utgjorde en inre ram inom vilken samtalet hölls. I detta rum var patienten och vårdaren i djup mening närvarande för varandra, vilket förutsatte att lidandet var uthärdligt. Om intensiteten i lidandet passerade vad patienten eller vårdaren kunde uthärda bröts närvaron.

Antaganden utgående från teoretiskt perspektiv ¹	Kunskapsbehållning i delstudie I
Vårdgemenskap utgör vårdandets meningssammanhang och har sitt ursprung i kärlekens, ansvarets och offrandets ethos, d v s en caritativ etik.	Gemenskap: Gemenskap är det första steget och den yttre ram inom vilken samtalet hålls. Det är vårdarens ansvar att bjuda in patienten till en gemenskap där lidandet kan upplevas som uthärdligt. När samtalet avslutas finns gemenskapen kvar i känslan av jämlikhet i att vara en människa bland människor.
-	Det vårdande samtalsrummet – relationen: Det andra steget i ett vårdande samtal utgörs av att skapa en relation mellan patient och vårdare. Relationen utgör det symboliska rum i vilket samtalet hålls. Om lidandet upplevs som outhärdligt för patient eller vårdare kommer de momentant att stiga ut ur relationen.
-	Lyssnande: Att lyssna är något annat än att höra. Att lyssna innebär att lyssna till precis vad patienten säger. Lyssnade är ömsesidigt genom att både vårdare och patient måste lyssna till både sig själva och den andre.
-	Närvaro: Närvaro, att verkligen ”vara där”, är en förutsättning för t ex lyssnade. När lidandet är outhärdligt är det svårt att vara närvarande. Närvaro är relaterat till helhet genom att lindrande av lidandet skapar en upplevelse av helhet och närvaro, både hos patienten och vårdaren.
-	Beröring: Beröring förstås både i den fysiska och den känslomässiga dimensionen. När vårdaren blir berörd av patientens lidandeberättelse väcks medlidande. Beröring i en djupare mening förutsätter en inbjudan från patienten att dela lidandet.

Tabell 3. Den relationella aspekten i delstudie I.

¹ De antaganden som presenteras här har beskrivits närmare i avsnittet som behandlar studiens förförståelse.

Att lyssna i ett vårdande samtal beskrevs som något annat än att höra. Att lyssna ställde krav på både vårdare och patient eftersom det inte endast är vårdaren som skall lyssna till patientens berättelse, patienten måste också kunna lyssna till sin egen berättelse. Beröring uttryckte en ömsesidighet, eftersom det inte går att beröra utan att själv bli berörd, i alla fall inte i fysisk mening. Fysisk beröring kunde vara ett sätt att relatera när orden inte räckte till. Ett visst mått av helhet var en nödvändig förutsättning för närvaro i samtalet. Både vårdaren och patienten kunde vara frånvarande. I sin mest extrema form tolkades denna frånvaro som "att patienten lämnat kroppen". Vilket i sin tur kunde bero på att lidandet hade kommit för nära, passerat vad patienten orkade bära. Tabell 3 sammanfattar kunskapsbehållningen från delstudie I.

Den andra delstudien (II) var en forskningssyntes av studier rörande de relationella teman som framsteg i delstudie ett (I) d v s, närvaro, beröring och lyssnande. Närvaro beskrevs som två olika sätt att relatera: där-varo och med-varo. Där-varo innebar inte endast en fysisk närvaro utan omfattade även relation och förståelse, att vara närvarande *för* någon. Där-varo grundar sig på vårdarens uppmärksamhet och sågs som ett svar på patientens behov. Behovet utgjorde patientens fråga efter vårdarens närvaro. Närvaro som med-varo följde ett annat mönster, nämligen gåva och inbjudan. Vårdaren gav sin närvaro till patienten. Att vara närvarande *med* någon innebar att vara tillgänglig och till förfogande med hela sin person. Om patienten accepterade denna gåva, inbjöds vårdaren att dela patientens lidande. Närvaro som med-varo innebar skapandet av en plats där patienten kunde vara i djup kontakt med sitt lidande, dela det med en annan människa och finna en egen väg framåt. De två sätten att relatera representerar olika grader av intersubjektivitet. Där-varo innebar en begränsad intersubjektivitet där vårdaren och patienten uppfattade varandra utifrån sina roller. Med-varo grundade sig i ett ömsesidigt mottagande vilket möjliggjorde en högre grad av intersubjektivitet. Vårdaren och patienten var inte endast närvarande som roller utan som personer.

Beröring beskrevs på tre olika sätt: vårdande beröring, uppgiftsorienterad beröring och (be)skyddande beröring. När beröring sågs i ett samtalsperspektiv var det främst vårdande och beskyddande beröring som var intressanta. Vårdande beröring avsåg dels att skapa en relation (anknytande beröring), dels att förmedla känslor. Den (be)skyddande beröringen sågs som något av en motsats till vårdande beröring. Istället för att skapa en relation så skapade den distans.

Istället för acceptans och respekt, så förmedlades att man inte kan acceptera eller respektera ett beteende, och istället för de positiva känslor som associeras med vårdande beröring så skapades en negativ känsla hos både patient och vårdare. Den (be)skyddande beröringen kunde utgöra ett skydd mot fysisk och emotionell smärta för både vårdare och patient. Den kunde också vara ett avståndstagande från en för stor närhet i relationen, liksom ett sätt att lätta på spänning.

Lyssnande innebar inte endast att ta in vad någon säger, utan omfattade även tolkning och förståelse, såväl som att ge tillbaka denna förståelse till den som talat. Att vårdaren lyssnar kan vara ett första steg mot att skapa en relation, eller annorlunda uttryckt, att acceptera patientens inbjudan och stiga in i patientens värld. För att kunna lyssna krävdes tystnad, vilket inte bara innebar att vara tyst, utan även att tysta sina tankar. Lyssnande innebar följaktligen tystnad och koncentration, samt att ge tid och plats för patienten att tänka och berätta. Lyssnande innehöll även element av reflektion, tolkning och förståelse vilka var synliga i återföringen och bekräftelsen till patienten. Denna bekräftelse byggde på att vårdaren steg in i patientens värld och mötte lidandet utan att absorberas av egna känslor, samt gav tid och plats för patienten att finna sin egen tolkning av upplevelsen.

Forskningssyntesen av begreppen närvaro, beröring och lyssnande sammanfattades i en modell som beskriver två sätt att relatera i ett samtal. En *kontakt* karakteriseras av att vårdaren hör, använder uppgiftsorienterad beröring och är närvarande i där-varo med en patient. Kontakten inleds med en symbolisk eller konkret fråga från patienten vilken besvaras av vårdaren. Frågan kan utgöras av ett problem eller behov av något slag, som åtgärdas eller tillgodoses av vårdaren. En *förbindelse* karakteriseras av att vårdaren lyssnar, använder anknytande och vårdande beröring och är närvarande i med-varo med en patient. Förbindelsen inleds med ett ömsesidigt givande och mottagande. Genom vårdarens symboliska gåva till patienten, d v s att vara tillgänglig och till förfogande med hela sitt väsen, och patientens inbjudan till vårdaren, d v s att stiga in i patientens värld och se och dela lidandet, skapas förbindelsen.

De två sätten att relatera, kontakt och förbindelse, förutsätter kongruens i patientens och vårdarens intentioner. Problem uppstår om t ex en patient vill ha en förbindelse medan vårdaren konsekvent relaterar i en kontakt. Man kan även tänka sig att närvaron bryts

Förförståelse från delstudie I	Kunskapsbehållning i delstudie II
<p>Gemenskap: Gemenskap är det första steget och den yttre ram inom vilken samtalet hålls. Det är vårdarens ansvar att bjuda in patienten till en gemenskap där lidandet kan upplevas som uthärdligt. När samtalet avslutas finns gemenskapen kvar i känslan av jämlikhet i att vara en människa bland människor.</p>	-
<p>Närvaro: Närvaro, att verkligen "vara där", är en förutsättning för t ex lyssnade. När lidandet är outhärdligt är det svårt att vara närvarande. Närvaro är relaterat till helhet genom att lindrande av lidandet skapar en upplevelse av helhet och närvaro både hos patienten och vårdaren.</p>	<p>Närvaro: Närvaro beskrivs som två olika sätt att relatera: där-varo och med-varo. Där-varo grundar sig på vårdarens uppmärksamhet och kan ses som ett svar på behov hos patienten. Behovet utgör patientens fråga efter vårdarens närvaro. Närvaro som med-varo följer ett annat mönster, nämligen gåva och inbjudan. Vårdaren ger sin närvaro till patienten. Om patienten accepterar denna gåva, inbjuds vårdaren att dela patientens lidande. Närvaro som med-varo innebär skapandet av en plats där patienten kan vara i djup kontakt med sitt lidande, dela det med en annan och finna en egen väg framåt</p>
<p>Beröring: Beröring förstås både i den fysiska och den känslomässiga dimensionen. När vårdaren blir berörd av patientens lidandeberättelse väcks medlidande. Beröring i en djupare mening förutsätter en inbjudan från patienten att dela lidandet.</p>	<p>Beröring: Beröring beskrivs på tre olika sätt: vårdande beröring, uppgiftsorienterad beröring och (be)skyddande beröring. Vårdande beröring avser dels att skapa en relation (anknytande beröring), dels att kommunicera känslor. Den (be)skyddande beröringen ses som något av en motsats till vårdande beröring. Istället för att skapa en relation så skapar den distans. Istället för acceptans och respekt, så förmedlas att man inte kan acceptera eller respektera ett beteende, och istället för de positiva känslor som associeras med vårdande beröring så skapas en negativ känsla hos både patient och vårdare. Den (be)skyddande beröringen kan utgöra ett skydd för fysisk och emotionell smärta för både vårdare och patient. Den kan också vara ett avståndstagande från en för stor närhet i relationen, liksom ett sätt att lätta på spänning.</p>
<p>Lyssnande: Att lyssna är något annat än att höra. Att lyssna innebär att lyssna till precis vad patienten säger. Lyssnade är ömsesidigt genom att både vårdare och patient måste lyssna till både sig själva och den andre.</p>	<p>Lyssnande: Lyssnande innebär inte att endast ta in vad någon säger, utan omfattar också tolkning och förståelse, såväl som att ge tillbaka denna förståelse till den som talat. För att kunna lyssna krävs tystnad, vilket inte bara innebär att vara tyst utan även att tysta sina tankar. Lyssnande innehåller även element av reflektion, tolkning och förståelse vilka är synliga i återföringen och bekräftelsen till patienten. Denna bekräftelse bygger på att vårdaren stiger in i patientens värld och möter lidandet utan att absorberas av egna känslor, samt ger tid och plats för patienten att finna sin egen tolkning av upplevelsen.</p>
<p>Det vårdande samtalsrummet – relationen: Det andra steget i ett vårdande samtal utgörs av att skapa en relation mellan patient och vårdare. Relationen utgör det symboliska rum i vilket samtalet hålls. Om lidandet upplevs som outhärdligt för patient eller vårdare kommer de momentant att stiga ut ur relationen.</p>	<p>Modell för relationssätt i ett vårdande samtal: Det vårdande samtalet karakteriseras av en relation av typen <i>förbindelse</i>, d v s av att vårdaren är närvarande i med-varo, använder anknytande och vårdande beröring samt lyssnar till en patient. Förbindelsen inleds med ett ömsesidigt givande och mottagande genom vårdarens gåva och patientens inbjudan. Genom vårdarens symboliska gåva till patienten, d v s att vara tillgänglig och till förfogande med hela sitt väsen, och patientens inbjudan till vårdaren, d v s att stiga in i patientens värld och se och dela lidandet, skapas förbindelsen.</p>

Tabell 4. Den relationella aspekten i delstudie II.

om den ena parten ändrar sitt sätt att relatera, eller om en (be)skyddande beröring används, vilken signalerar att det är för stor närhet eller distans i relationen. Kontakten är associerad med ett problemlösningssperspektiv i vårdrelationen, medan förbindelsen utgår från att dela upplevelser.² Kontakten kan vara ett första steg mot en förbindelse, men det är först i förbindelsen som samtalet blir ett vårdande samtal. Modellen för relationssätt summerar alltså kunskapsbehållningen (jfr tabell 4) från både delstudie ett (I) och två (II) genom att begreppen närvaro, lyssnande och beröring relateras till varandra. Förbindelsen utgör det begrepp som förenar de tre ovanstående så som de kan gestaltas i ett vårdande samtal.

2. Den narrativa aspekten i ett vårdande samtal

I den första delstudien (I) beskrevs den narrativa aspekten av samtalet som en lidandeberättelse. Patientens lidandeberättelse var den röda tråden i samtalet. Graden av patientens lidande avgjorde hur stor distans som behövde finnas mellan det aktuella lidandet och berättelsen. Denna distans var möjlig t ex om lidandet berördes symboliskt eller med hjälp av en metafor.

Antaganden utgående från teoretiskt perspektiv ³	Kunskapsbehållning i delstudie I
Vårdandets grundkategori är lidande.	Lidande: Lidande i ett samtal uttrycks på många olika sätt, men det mest iögonfallande är genom berättelsen.
-	Berättelse: Lidandeberättelsen utgör det vårdande samtalets röda tråd. Genom att berätta har patienten börjat tolka och förstå lidandet. Genom berättelsen får det förflutna och framtiden kontakt med nuet och en helhet skapas.
-	Förståelse: Förståelsen utgår primärt från lidandeberättelsen och patientens förståelse av denna. De delar och fragment som skapas i samtalet tolkas och förstås mot den helhet som lidandeberättelsen utgör.

Tabell 5. Den narrativa aspekten i delstudie I.

Förståelse beskrevs som en process där patientens berättelse utgjorde den första tolkningen av lidandet, vilken bekräftades och nyanserades av vårdaren.

² En förbindelse utesluter inte problemlösning, utan problemlösningen innefattar snarare ett delande av upplevelsen av problemet.

³ De antaganden som presenteras här har beskrivits närmare i avsnittet som behandlar studiens förförståelse.

Genom ytterligare berättelser och reflektion fördjupade patienten och vårdaren förståelsen för lidandet. Tabell 5 sammanfattar kunskapsbehållningen från delstudie I.

Den tredje delstudien (III) var en forskningssyntes av studier rörande de narrativa teman som framsteg i delstudie ett (I), d v s hur berättande om lidande kan skapa förståelse och mening. Man kunde i de inkluderade studierna urskilja tre olika nivåer av reflektion i förhållande till berättande i ett vårdande samtal: berättelse, lidandeberättelse och livsberättelse. Berättelsen startade i nuet och skapades medan den berättades, d v s strukturen behövde inte vara klar från början utan utvecklades av berättandet. Lidandeberättelsen krävde en högre grad av reflektion och en klarare struktur. Livsberättelsen utgjorde ett integrerande perspektiv genom vilket de två andra nivåerna kunde förstås.

Förståelse beskrevs som förförståelse och intersubjektiv förståelse. Förförståelsen innebar att när en vårdare lyssnade till en patients berättelse så tolkades berättelsen utifrån tidigare erfarenheter och kunskap. Den intersubjektiva förståelsen beskrevs som en sammansmältning av patientens och vårdarens förståelsehorisonter. Förförståelsen utgjorde således ett tveeggat svärd genom att den kunde stå i vägen för den intersubjektiva förståelsen genom t ex fördomar eller bristande kunskap.

Meningen i en berättelse var tudelad. Mening *i* berättelsen skapades när handlingar och händelser kopplades ihop på ett meningsfullt sätt. Mening *med* berättelsen skapades i form av en poäng, eller sensmoral, d v s vad man kunde lära av berättelsen.

Den syntetiserade tolkningen av de strukturella analyserna av berättelse och förståelse/mening gav tre gemensamma teman: patientens röst, relationen och handlingen.⁴ Det första som behövs för att berätta en berättelse är en röst. Lidande kan tillfälligt tysta en människas röst på grund av rädsla att inte bli hörd, att orsaka lidande för andra eller att man helt enkelt inte förstår den situation man hamnat i. Därför behöver en patient som lider någon som kan lyssna mottagligt. Relationen i ett vårdande samtal var i en narrativ aspekt synlig på två sätt. Samtalet som en narrativ händelse är i sig själv en relation mellan en person som lyssnar och en som berättar. När en vårdare stiger in i en patients värld och blir en medaktör i lidandets drama, så blir vårdaren

⁴ På engelska 'plot'.

också en del av patientens lidandeberättelse. Handlingen bestod av tre huvudstrukturer: att specificera problemet, d v s att rikta in handlingar och händelser mot ett mål, organisera dessa kronologiskt, samt att artikulera meningen och poängen med berättelsen. Tabell 6 sammanfattar kunskapsbehållningen från delstudie I och III.

Förförståelse från delstudie I	Kunskapsbehållning i delstudie III
-	Patientens röst: Det första som behövs för att berätta en berättelse är en röst. Lidande kan tillfälligt tysta en människas röst på grund av rädsla att inte bli hörd, att orsaka lidande för andra eller att man helt enkelt inte förstår den situation man hamnat i. Därför behöver en patient som lider någon som kan lyssna mottagligt.
-	Handlingen: bestod av tre strukturer. Att specificera problemet, d v s att rikta in handlingar och händelser mot ett mål, organisera dessa kronologiskt, samt att artikulera meningen och poängen med berättelsen.
Förståelse: Förståelsen utgår primärt från lidandeberättelsen och patientens förståelse av denna. De delar och fragment som skapas i samtalet tolkas och förstås mot den helhet som lidandeberättelsen utgör.	Förståelse: Förståelse beskrivs som dels förförståelse, dels intersubjektiv förståelse. Förförståelsen består i det faktum att när en vårdare lyssnar till en patients berättelse så tolkas berättelsen utifrån tidigare erfarenheter och kunskap. Den intersubjektiva förståelsen beskrivs som en sammansmältning av patientens och vårdarens förförståelse.
-	Meningen: i en berättelse var tudelad. Mening <i>i</i> berättelsen skapades när handlingar och händelser kopplades ihop på ett meningsfullt sätt. Mening <i>med</i> berättelsen skapades i form av en poäng, eller sensmoral, d v s vad man kunde lära av berättelsen.
Lidande: Lidande i ett samtal uttrycks på många olika sätt, men det mest iögonfallande är genom berättelsen. Berättelse: Lidandeberättelsen utgör det vårdande samtalets röda tråd. Genom att berätta har patienten börjat tolka och förstå lidandet. Genom berättelsen får det förflutna och framtiden kontakt med nuet och en helhet skapas.	Modell för narrativ förståelse i ett vårdande samtal: Den första fasen, att berätta berättelser, syftar till att hjälpa patienten formulera problemet. Berättelsen utgör en form i vilken patienten kan söka svar på frågorna, varför just jag och varför just nu? Dessa frågor är vitala för att förstå varför lidandet har uppstått. När detta är gjort har man också spridit ljus över diskrepansen mellan det som är, och vad patienten önskar och behöver. Den andra fasen, att skapa en lidandeberättelse, syftar till att ordna händelser i tiden. Lidandeberättelsen följer händelseförloppet och utgör en reflektionsnivå där patienten kan skapa mening <i>i</i> lidandet. Lidandeberättelsen ger också patienten en viss kontroll över händelseförloppet, genom att gestalta hur handlingar och händelser hänger ihop med varandra och med tiden. Den tredje fasen, att återknyta till livsberättelsen, syftar till att belysa vad som är meningen <i>med</i> lidandet, eller annorlunda uttryckt vad som är berättelsens poäng och vad man kan lära av den.

Tabell 6. Den narrativa aspekten i delstudie III.

Resultatet summerades i en modell för narrativ förståelse i ett vårdande samtal. Den består av tre faser⁵: att berätta berättelser, att skapa en lidandeberättelse, och att återknyta till livsberättelsen. Den första fasen, att berätta berättelser, syftar till att hjälpa

⁵ Faser skall här inte förstås som något linjärt och kausalt, skeende skulle kunna vara ett alternativt begrepp. Vad som åsyftas är att de tre "faserna" beskriver urskiljbara helheter, som inte nödvändigtvis behöver följa på varandra.

patienten formulera problemet. Berättelsen utgör en form i vilken patienten kan söka svar på frågorna, varför just jag och varför just nu? Dessa frågor är vitala för att förstå varför lidandet har uppstått. När detta är gjort har man också spridit ljus över diskrepansen mellan det som är, och vad patienten önskar och behöver. Denna första fas kan gå fort eller kräva många berättelser för att artikulera hur patienten har det just nu, vad som önskas och vad man skall kämpa med för att nå det önskade. Svaren på dessa frågor utgör startpunkten för den andra fasen.

Den andra fasen, att skapa en lidandeberättelse, syftar till att ordna handlingar och händelser i tiden. Lidandeberättelsen följer händelseförloppet och utgör en reflektionsnivå där patienten kan skapa mening i lidandet. Lidandeberättelsen ger också patienten en viss kontroll över händelseförloppet, genom att gestalta hur handlingar och händelser hänger ihop med varandra och med tiden. Denna andra fas leder över till den tredje, eftersom frågan om mening i lidandet aktualiserar frågan om meningen *med* lidandet.

Den tredje fasen, att återknyta till livsberättelsen, syftar till att belysa vad som är meningen *med* lidandet, eller annorlunda uttryckt vad som är berättelsens poäng och vad man kan lära av den. Att ställa frågan, vad kan man lära av den här perioden av lidande, indikerar att lidandet delvis är över och att lidandeberättelsen kan inkorporeras i livsberättelsen.

Den fjärde delstudien (IV) belyser hur psykiatriska patienter i samtal berättade om sitt lidande för en vårdare, samt hur dessa berättelser var strukturerade. Den första strukturanalysen visade att berättelsernas handling bestod av en fasad, frågan om varför man lider, en vändpunkt, samt en sensmoral eller poäng med berättelsen. I materialet tolkades fyra olika typer av fasader: ensam är stark, offret, den osynliga, samt den resignerade. Fasaden dolde lidandet såväl för patienten som för andra. Vid vändpunkten rasade fasaden och lidandet kunde inte längre hållas dolt vare sig för patienten eller för andra. I samband med vändpunkten transformeras fasaden till ett svar på varför-frågan. Varför-frågan har trådar både bakåt och framåt i tiden eftersom fasaden både har skyddat mot lidande, samtidigt som den har skapat mer lidande genom att hindra patienten från att leva i enlighet med sina önskningar. När fasaden rasar vid vändpunkten och patienten kan se hur den relaterar till varför-frågan skapas mening i

lidandet, d v s handlingar och händelser blir begripliga. Berättelsens poäng var tudelad, å ena sidan sågs lidande som en orsak till att fasaden rasade, å andra sidan var fasaden en del av lidandet. I materialet fanns tre olika typer av intriger (handlingar) representerade. Den kaotiska karakteriserades av frånvaron av handling. Den tragiska hade en handling som gick från ”bra” till ”dåligt”, medan den romantiska handlingen gick från ”bra” till ”dåligt” och sedan tillbaka igen.

Förförståelse från delstudie III	Kunskapsbehållning i delstudie IV
<p>Modell för narrativ förståelse i ett vårdande samtal: Den första fasen, att berätta berättelser, syftar till att hjälpa patienten att formulera problemet. Berättelsen utgör en form i vilken patienten kan söka svar på frågorna, varför just jag och varför just nu? Dessa frågor är vitala för att förstå varför lidandet har uppstått. När detta är gjort har man också spridit ljus över diskrepansen mellan det som är, och vad patienten önskar och behöver.</p> <p>Den andra fasen, att skapa en lidandeberättelse, syftar till att ordna händelser i tiden. Lidandeberättelsen följer händelseförloppet och utgör en reflektionsnivå där patienten kan skapa mening i lidandet. Lidandeberättelsen ger också patienten en viss kontroll över händelseförloppet, genom att gestalta hur handlingar och händelser hänger ihop med varandra och med tiden.</p> <p>Den tredje fasen, att återknytta till livsberättelsen, syftar till att belysa vad som är meningen <i>med</i> lidandet, eller annorlunda uttryckt vad som är berättelsens poäng och vad man kan lära av den.</p>	<p>Lidandeberättelsen: består av en fasad, frågan om varför man lider, en vändpunkt, samt en sensmoral eller poäng med berättelsen. Fasaden ses som något som hjälper patienten både att hantera lidande och skam. Fasaden döljer lidandet såväl för patienten som för andra. Vid vändpunkten rasar fasaden samman och lidandet kan inte längre hållas dolt vare sig för patienten eller för de andra. Vid vändpunkten händer något som gör det möjligt att riskera allt, men också möjligheten att återfå de delar av dem själv som offrats som ett pris till fasaden. I samband med vändpunkten transformeras fasaden till ett svar på varför-frågan. Varför-frågan har trådar både bakåt och framåt i tiden eftersom fasaden både har skyddat mot lidande, samtidigt som den har skapat mer lidande genom att hindra patienten från att leva i enlighet med sina innersta önsningar. När fasaden rasar vid vändpunkten och patienten kan se hur den hör ihop med varför-frågan skapas mening i lidandet, d v s handlingar och händelser blir begripliga. När patienten tar lidandet på sig som ett vardande växer han till att bli fullt synlig som människa, och då blir också fasaden synlig som fasad. När den interpersonella bron återställs kan patienten öppna sig för livgivande relationer med abstrakta och konkreta andra, samt med sig själv. Berättelsens poäng var tudelad, å ena sidan sågs lidande som en orsak till att fasaden rasade, å andra sidan var fasaden en del av lidandet.</p>

Tabell 7. Den narrativa aspekten i delstudie IV.

Den andra strukturanalysen visade att fasaden var ett sätt för patienterna att hantera och dölja lidande till följd av rädsla för att bli övergiven av signifikanta andra, ett brott i den interpersonella bron.⁶ Men fasaden var också associerad med skam. Skam framstår som smärtan av att se sig själv som oälskad eller omöjlig att älska. När patienten försökte hantera lidandet väcktes skam genom att ingen såg eller hörde, eller värre såg lidandet

⁶ Med den interpersonella bron avses inte endast en konkret relation utan en känsla av tillhörighet i den mänskliga gemenskapen (Kaufman, 1992). Younger (1995, s. 60) använder begreppet ‘connectedness’ på samma sätt: ”Connectedness is a sense of being in touch with the eternal, of recognizing unity between self and others, of being a part of something that is greater than ourselves.”

men ignorerade det. Upplevelsen av skam bidrar därmed även den till känslan av utanförskap.

I den avslutande kritiska reflektionen konfronterades de båda strukturanalyserna. Fasaden sågs som något som hjälper patienten att hantera både lidande och skam. Detta sker till priset av att lidandet reducerades till görande och varande. När handlingen fortsatte mot vändpunkten hände något som gjorde det möjligt för den lidande människan att riskera allt, men också öppnade möjligheten att återfå de delar av sig själv som offrats som ett pris till fasaden. Lidandet transformerades då till vardande, en kamp mellan liv och död, ont och gott, hopp och hopplöshet. När livet segrade var försoning och en ny upplevelse av helhet möjlig. När patienten tog lidandet på sig som ett vardande växte han till att bli fullt synlig som människa, och då blev också fasaden synlig som fasad. När den interpersonella bron (åter)upprättades öppnade sig patienten för livgivande relationer med abstrakta och konkreta andra, samt med sig själv.

Förståelsen för lidandeberättelsen förändrades (tabell 7) i och med denna delstudie (IV) i förhållande till den föregående (III) i så måtto att lidandeberättelsen inte längre ses som en separat berättelse skild från livsberättelsen. Lidandeberättelsen innefattar hela livet, och artikuleringen av berättelsens poäng inbegriper en nygestaltning av livsberättelsen.

3. Den etiska aspekten i ett vårdande samtal

Redan i förförståelsen inför delstudie ett (I) var den etiska aspekten synlig. I den första delstudien (delstudie I), sågs vårdgemenskap som en förutsättning för samtalet (tabell 8). Vårdgemenskapen liksom medlidandet förankrades i en caritativ etik. Den har sedan återkommit, t ex i den relationella aspekten (delstudie II) i det moment som beskrivs som gåva och inbjudan i skapandet av förbindelsen. Men det är först i delstudie fem (V) som den etiska aspekten får sin fulla aktualitet.

Antaganden utgående från teoretiskt perspektiv ⁷	Kunskapsbehållning i delstudie I
Vårdgemenskap utgör vårdandets meningssammanhang och har sitt ursprung i kärlekens, ansvarets och offrandets ethos, d v s en caritativ etik.	Gemenskap: Gemenskap är det första steget och den yttre ram inom vilken samtalet hålls. Det är vårdarens ansvar att bjuda in patienten till en gemenskap där lidandet kan upplevas som uthärdligt. När samtalet avslutas finns gemenskapen kvar i känslan av jämlikhet i att vara en människa bland människor.
-	Medlidande: Medlidande uppfattas som det som gör samtalet vårdande. Om vårdaren upplever ett outhärdligt lidande, blockeras medlidandet och därmed vårdandet.
Vårdandets grundkategori är lidande.	Lidande: Lidande i ett samtal uttrycks på många olika sätt, men det mest iögonfallande är genom berättelsen.

Tabell 8. Den etiska aspekten i delstudie I.

Den femte delstudien (V) var en studie av de etiska grundvalarna för ett vårdande samtal sett i ljuset av Paul Ricoeurs (1992) etik. Ricoeur menar att etiken överordnas moralen, och tar därmed ställning för Aristoteles teleologiska perspektiv på etiken som överordnat den deontologiska traditionen utgående från Kant⁸. Genom att konfrontera dessa båda perspektiv söks en djupare förståelse av etik och moral. Ricoeur formulerar sitt ethos i satsen: ”visionen om ‘det goda livet’ med och för andra i rättvisa institutioner”.⁹ I detta ethos formulerar Ricoeur tre komponenter för det etiska syftet: den personliga (självaktningen¹⁰), den interpersonella (omsorgen) och den sociala (rättvisa institutioner). I föreliggande delstudie formulerades två frågeställningar i förhållande till den första och andra komponenten: vilken sorts person ska den professionella vårdaren vara (den personliga komponenten) och hur ska vårdaren fungera i ett vårdande samtal (den interpersonella komponenten).

Det bärande i den första komponenten är självaktningen. Den har sin utgångspunkt i den ständiga självvärdering som sker genom tolkning av ”det goda livet” och val i relation till den praktiska verksamheten. Här blir etikens hermeneutiska dimension synlig i och med att en hermeneutisk cirkel etableras i den självtolkande processen, där helhet (det goda livet) och delar (val i relation till den praktiska verksamheten), förstås i ljuset av

⁷ De antaganden som presenteras här har beskrivits närmare i kapitlet som behandlar studiens förförståelse.

⁸ Läsaren kanske frågar sig hur Aristoteles är relaterad till Kant. För Ricoeur som uppfattar texten som autonom är det emellertid inget problem att låta två filosofer från skilda århundraden tala med varandra.

⁹ Kristensson-Uggla (1994) översättning.

¹⁰ Jag översätter här ”self” med ”själv” alternativt ”en själv”, detta är emellertid inte något ”själv” i den psykologiska betydelsen utan som Kristensson-Uggla (1994, s. 454) framhåller: ”...en själv (*soi-même*) i titeln till Ricoeurs bok *Soi-même-comme-un-autre* fungerar som det reflexiva momentet i förhållande till alla personliga (och opersonliga) pronomina.” (Kristensson-Ugglas kursivering)

varandra. För att denna självvärderande process skall vara möjlig förutsätts autonomi, dvs förmågan och möjligheten att göra medvetna och självständiga val.

Det bärande i den andra komponenten utgörs enligt Ricoeur av omsorgen om den andra. Det ”goda livet” kan inte vara ett gott liv endast för en själv, utan det måste också vara gott för andra. Ricoeur menar att för att finna ”det goda” i förhållande till olika praktiska verksamheter skall man söka en ”standard of excellence”. I förhållande till vårdandet framhölls berättelsen om den barmhärtige samariten som en sådan standard. Utgående från denna framhölls *caritas* som det vårdande ethos som blir synligt i medlidandet med den andra.

Förförståelse från delstudie I	Kunskapsbehållning i delstudie V
<p>Medlidande: Medlidande uppfattas som det som gör samtalet vårdande. Om vårdaren upplever ett outhärdligt lidande, blockeras medlidandet och därmed vårdandet.</p> <p>Lidande: Lidande i ett samtal uttrycks på många olika sätt, men det mest iögonfallande är genom berättelsen.</p>	<p>Asymmetri: Den grundläggande asymmetrin i den etiska relationen i ett vårdande samtal utgörs av den mellan lidande och medlidande. Lidande innebär en passivitet, oförmåga att handla, medan medlidande innebär att lida med, men fortfarande kunna handla. Medlidande har sin etiska grund i <i>caritas</i>, så som det t ex avspeglas i berättelsen om den barmhärtige samariten.</p>
<p>Gemenskap: Gemenskap är den första förutsättningen och den yttre ram inom vilken samtalet hålls. Det är vårdarens ansvar att bjuda in patienten till en gemenskap där lidandet kan upplevas som uthärdligt. När samtalet avslutas finns gemenskapen kvar i känslan av jämlikhet i att vara en människa bland människor.</p>	<p>Ömsesidighet: Asymmetrin som orsakas av patientens lidande, riskerar att göra relationen oetisk. Det är här <i>caritas</i> återkommer i form av normen om ömsesidig respekt. I denna ömsesidighet finns också startpunkten för att återuppbygga passivitet till aktivitet (lidande till hälsa). Denna startpunkt blir synlig i den dialogiska ömsesidigheten, i form av ”likheten” ett ”du också”: ”också du äger förmågan att påbörja något i världen, att handla i enlighet med förnuftet, att hierarkisera dina preferenser.”¹¹</p>
	<p>Den etiska relationen i ett vårdande samtal: Den etiska relationen i ett vårdande samtal är asymmetrisk på grund av patientens lidande. Denna asymmetri balanseras genom ömsesidig respekt. Det vårdande samtalet är ett samtal i vilket vårdaren genom <i>caritas</i> skapar utrymme för patienten att återupprätta sin självaktning och därmed skapa möjligheter för ett gott liv. Genom att berätta om lidandet kan patienten steg för steg återfå sin ställning som agent.¹² Orden och språket blir det medium genom vilket den självvärderande processen, i vilken händelser och handlingar värderas mot livet som helhet, blir möjlig. Orden och språket blir även ömsesidighetens medium genom vilket självaktning och autonomi kan synliggöras som respekt och ansvar.</p>

Tabell 9. Den etiska aspekten i delstudie V.

¹¹ Kristensson-Ugglass (1994, s. 459) översättning.

Som nämndes inledningsvis så anser Ricoeur att etiken är överordnad moralen. Detta innebär att för att handla etiskt måste vi följa det etiska syftet till sin artikulering som en moralisk princip. Detta är emellertid inte tillräckligt, ett tredje moment är nödvändigt, nämligen ”praktisk visdom” (Grek. *pronesis*). Detta betyder att vi måste följa syftet, genom sin artikulering som en moralisk norm, och sen tillbaka till en konkret situation där den praktiska visdomen medger oss att handla etiskt. Detta möjliggör igenkännandet av den subtila men viktiga skillnaden mellan respekt för regler och respekt för personer.

När det gäller svaret på vilken sorts person den professionella vårdaren skall vara framhölls i den första komponenten självaktning och autonomi, som i den andra komponenten utvecklas till *caritas*. På det moraliska planet motsvaras självaktning¹³ av respekt och autonomi av ansvar. För att binda ihop den första och andra komponenten omformulerar Ricoeur den gyllene regeln: ”in order to hold others in esteem, ‘I’ must hold myself in esteem”. Den gyllene regeln utgör också den förmedlande länken när *caritas* omformuleras till moralisk norm som ömsesidighet.

När det gäller svaret på hur vårdaren ska fungera i ett vårdande samtal utgjorde analysen av den etiska relationen en viktig aspekt. Genom patientens lidande - som i sig orsakar passivitet, oförmåga att handla - och vårdarens aktivitet, - förmåga att handla - blir relationen asymmetrisk. En asymmetrisk relation är i fara att bli oetisk, när den aktiva parten utövar makt över den passiva partens vilja. Det är här *caritas* återkommer i sin fulla styrka i form av normen om ömsesidig respekt. I denna ömsesidighet finns också startpunkten för att återuppbygga passivitet till aktivitet (lidande till hälsa). Denna startpunkt blir synlig i ömsesidigheten, i form av ”likheten” ett ”du också”: ”också du äger förmågan att påbörja något i världen, att handla i enlighet med förnuftet, att hierarkisera dina preferenser.”¹⁴ Den förståelse för gemenskap, som i delstudie ett (I) artikuleras som ett första steg i ett vårdande samtal (tabell 9), omtolkas därmed helt. Gemenskap ser istället för en förutsättning ut att vara ett resultat av det vårdande samtalet. Den jämlikhet som förutsattes i delstudie ett (I), ersätts istället med ömsesidighet. Det ”igenkännande” som i delstudie ett (I) tolkades som ett uttryck för

¹² Till skillnad från patient, den som lider.

¹³ Självaktning förstås här som både aktning för ett ”en själv” såväl som för andra ”själv”, och följaktligen respekt som både respekt för ”en själv” och respekt för andra ”själv”.

¹⁴ Ricoeur (1992, s. 193), Kristensson-Ugglas (1994, s. 459) översättning.

gemenskap, ses istället i den etiska aspekten som ett uttryck för ömsesidighet, ett ”du också”. Denna ömsesidighet banar sedan vägen för upprättandet av en vårdgemenskap.

4. En teori för det vårdande samtalet

Studiens övergripande syfte var att utveckla en teori för det vårdande samtalet, speciellt som det gestaltar sig i den psykiatriska vårdkontexten. Utvecklingen av teorin syftar till att i en avslutande tolkning återföra delarna till helheten, d v s att rekontextualisera delstudierna till det vårdande samtalets värld. Detta görs i syfte att öppna en ny möjlig värld framför texten. I denna avslutande tolkning konfronteras även studiens förförståelse med den nya helheten. Med Ricoeurs metodologiska termer kunde man säga att sammanfattningen av resultaten av delstudierna sammanfaller med den strukturella analysen, och att utformningen av teorin sammanfaller med den kritiska reflektionen. Teorin skall inte förstås som någonting för alltid färdigt, utan snarare som en frusen stillbild av förståelsen vid denna tidpunkt (jfr Ödman, 1988, s. 85).

För att ge en inledande översikt av helheten har en tabell konstruerats (tabell 10). Tabellen är konstruerad för att ge en helhetsbild över de tre aspekterna, de begrepp som ingår däri och deras inbördes relationer. Tabellen är konstruerad utifrån att lidandeberättelsen skapar en viss kronologi, berättelsens poäng t ex kan inte komma före artikuleringen av varför-frågan. I beskrivningen av teorin får därför lidandeberättelsens fyra delar tjäna som grundstruktur och dessa belyses sedan utifrån de olika aspekterna. Tabellen (tabell 10) klargör även inom vilka områden det finns luckor i kunskapsbehållningen, och utgör därmed även utgångspunkt för diskussionen om fortsatt forskning. Tabellen skall inte förstås i förhållande till patienten och vårdarens samtal som ett linjärt skeende, utan snarare som en öppen cirkel, där den öppna cirkeln symboliserar ett brott med den onda cirkeln där de ursprungliga antagandena endast bekräftas och förstärks.¹⁵

¹⁵ Detta resonemang kan jämföras med den hermeneutiska cirkeln, som också riskerar att bli en ”ond cirkel” som ständigt bekräftar sig själv och där motstridiga data och erfarenheter sorteras bort. Den öppna hermeneutiska cirkeln gestaltas ofta i form av en spiral där förståelseprocessen omdefinieras mot större bredd och precisering (jfr Ödman, 1988).

Den narrativa aspekten		Den relationella aspekten		Den etiska aspekten	
Patient	Vårdare	Patient	Vårdare	Patient	Vårdare
Lidandeberättelsen: Fasaden: "offret" "ensam är stark" "den osynliga" "den resignerade"	Vårdande-berättelsen ¹	Kontakt ² Med-varo Inbjudan	Lyssnande Beröring Med-varo Gåva	Asymmetri Passivitet Lidande Ömsesidighet	Asymmetri Aktivitet Medlidande Ömsesidighet
Varför-frågan	↓	Förbindelse Huvudperson i berättelsen	Förbindelse Hjälpa patienten finna sin röst	Respekt Ansvar-skuld	Respekt Autonomi Ansvar
Vändpunkten Mening-i-lidandet	↓	Öppnar sig för relationer Våga be om hjälp	↓	Kamp mellan gott och ont	Medlidande Ansvar
Berättelsens poäng Mening-med- lidandet		↓	↓	Aktivitet Värdighet Autonomi Ansvar Symmetri	Aktivitet Respekt Autonomi Ansvar Symmetri
K O M M U N I K A T I O N					
↓	↓	↓	↓	↓	↓
L I N D R A T L I D A N D E					

¹ Vårdandeberättelsen är en del av den narrativa aspekten som inte fokuserats i föreliggande studie, i delstudie I används emellertid vårdares berättelser som "vittnen" till patienters kamp med lidande.

² Relationen behöver inte nödvändigtvis påbörjas i en kontakt, utan patienten kan direkt inbjuda vårdaren.

Tabell 10. Översikt över teorin för det vårdande samtalet.

I den öppna cirkeln sker en förändring av förståelsehorisonten utgående från kunskaps- och mognadsprocessen. Konkret innebär det att det i samtalet kan ske en cirkelrörelse mellan t ex berättelsens poäng som öppnar för en ny förståelse för fasaden och i sin tur nya varför frågor o s v. En sådan cirkelrörelse kan behöva gå "flera varv" innan patienten upplever att lidandet har lindrats.

Berättelsen om fasaden

Fasaden har två syften, att hålla lidandet dolt för andra och att hålla det dolt för patienten själv. Fasaden får därigenom två funktioner, den skyddar mot att uppleva lidande, samtidigt som den hindrar patienten från att ha kontakt med delar av sig själv. Genom dessa dubbla funktioner kommer fasaden att dels skydda mot lidande men också orsaka lidande. Fasadens tillkomst verkade ha att göra med rädsla för upplevelser av att bli övergiven, konkret eller symboliskt. Överdriven styrka eller anpassning som hos fasaden "ensam är stark" eller "den osynliga" tjänar då som ett skydd mot rädslan att bli övergiven. Fasaden tjänar också som ett skydd mot skam. Skam¹⁶ innebär att se sig själv i en situation där värdigheten kränks¹⁷, t ex att vara övergiven och inte värd att älska. Fasaden blir därmed ett skydd både mot smärtan från ett symboliskt sår som är skapat från utsidan (lidande) och smärtan från ett sår skapat från insidan (skam). Men detta sker till priset av att lidandet reduceras till ett görande och ett varande.

I relationsaspekten blir berättelsen om fasaden en fråga om roll kontra person. Fasaden kan uppfattas som en form av roll som patienten spelar. Därmed skulle relationen i samtalet präglas av kontaktens sätt att relatera. Det kan mycket väl vara fallet när patienten önskar använda vårdarens roll till att t ex tillgodose behov. Här kan det inte bli frågan om ett genuint vårdande samtal, utan snarast ett vårdssamtal. I detta sker relaterandet i form av kontakten, där båda parter spelar sina roller men utan att det egentliga lidandet berörs. Denna typ av relation kan tjäna syftet att både skydda patienten från att uppleva lidande, och också som skydd för vårdaren mot att dela patientens lidande. Det är först i förbindelsen som samtalet blir vårdande. Genom vårdarens gåva, d v s att vara tillgänglig och till förfogande med hela sitt väsen, visas möjligheten till ett möte utan roller och inlärd repliker. När patienten kan besvara denna gåva med en inbjudan att dela något av sin värld, blir mötet möjligt. Delar av fasaden kan nu börja synliggöras som fasad, eftersom personen blir synlig.

Utifrån den etiska aspekten kan man ifrågasätta begreppet fasad, eftersom det kan tolkas som implicerande en lögn av något slag, en fasad som syftar till att dölja något.

¹⁶ Enligt Kaufman (1992, s. xxi) är skam: "...to feel seen in a painfully diminished sense. [...] Whether all eyes are upon me or only my own, I feel deficient in some vital way as a human being."

¹⁷ Edlund (2002) menar att en kränkning av människans värdighet kan orsaka lidande, liksom att lidande kan innebära en kränkning av människans värdighet.

Antagandet om en fasad skulle då innebära att vårdaren intar en position där patienten antas veta mindre om sig själv än vårdaren, och där vårdaren blir den auktoritet som kan tala om dels vem patienten egentligen är, men också hur han skall leva sitt liv på ett hälsosamt sätt. Den ursprungliga asymmetrin mellan lidande och hälsa har då blivit upphov till att en person börjar utöva makt över en annans vilja. Emellertid kan begreppet fasad förstås på ett annat sätt, d v s i betydelsen¹⁸ framsida och yttersida. Detta implicerar ett löfte om att något mer finns bakom denna yttersida, d v s att patienten är den som är auktoritet och kan tala om vem han är och hur han skall leva sitt liv på ett hälsosamt sätt. Den föregående tolkningen av fasaden leder till en kränkning av patientens självaktning, medan den senare visar respekt för patienten som person. Etiskt bygger dessa två tolkningar på helt olika antaganden om människan och lidandet. Det första bygger på en syn på den lidande människan som svag och i behov av styrka i form av åtgärder utifrån. Den senare bygger på en syn på den lidande som tillfälligt svag och passiv, men med den potentiella styrkan att återfå sin hälsa. För att det asymmetriska förhållandet mellan patient och vårdare inte skall riskera att bli oetiskt förutsätts en ömsesidighet. Denna blir synlig som ömsesidig respekt,¹⁹ en respekt som av vårdaren artikuleras i den relationella aspekten som en kravlös väntan på en inbjudan att dela lidandet.

Berättelsen om varför-frågan

I berättelsen om fasaden har delar av patientens livsberättelse blivit synlig som ett historiskt förlopp. För att skapa mening-i-lidandet och också för att föra handlingen framåt är frågan om varför patienten lider oundviklig. Varför-frågan har också att göra med någon form av ”problem”, enkelt uttryckt något som inte är som det ska. Varför-frågan kan ses i två perspektiv, ett kausalt och ett teleologiskt²⁰.

¹⁸ Svenska Akademiens ordlista över svenska språket (1974).

¹⁹ Jfr Ricoeurs (1992, s. 193) citat: ”också du äger förmågan att påbörja något i världen, att handla i enlighet med förnuftet, att hierarkisera dina preferenser.” Kristensson-Ugglas (1994, s. 459) översättning.

²⁰ I orsaksförklaringen utgår man från att det föreligger ett lagivet (nomic tie) samband mellan orsak och verkan, d v s ”jag betar mig så här därför att *detta har* hänt”. Men man kan också förklara ”beteende” som **målinriktade** handlingar, d v s ”jag handlar så här därför att *detta skall* hända”. Även i den teleologiska förklaringen är ett laggivet samband (nomic tie) involverat, men på ett mera komplext sätt (personen måste anse att det är sannolikt att något skall hända som följd av handlingen). Skillnaden i förhållande till orsaksförklaringen är att *validiteten* i en teleologisk förklaring inte alls beror av det laggivna sambandet. Uttryckt på ett annat sätt så kan lidandet förstås som en **orsak** som igångsätter vissa beteenden, *eller* som en livsomständighet som ger utrymme för vissa intentionella **målinriktade** handlingar. Dessa två förklaringsmodeller skiljer sig på många sätt, men framför allt genom att den kausala pekar mot det som redan hänt och den teleologiska mot framtiden. Den teleologiska förklaringen

I ett kausalt perspektiv ges orsaksförklaringar till varför patienten lider, i ett teleologiskt ges ändamålsförklaringar. Dessa förklaringar skapar en spänning mellan historia och framtid, vad som hänt och vad patienten önskar ska hända, vilken person patienten varit och önskar bli. Utgående från det teoretiska perspektivet kan man säga att det är i detta skede som lidandets kamp tar sin början.

I relationsaspekten framstår det som väsentligt att låta patienten förbli huvudperson, eller återfå huvudrollen i berättelsen. Lidande, som vi har sett, ger upphov till en passivitet och oförmåga att handla avsiktligt. Detta kan yttra sig i svårigheter att överhuvudtaget artikulera en berättelse. Vårdarens förmåga och lyhördhet att hjälpa patienten att återfinna sin autentiska röst får här avgörande betydelse. Redan att erkänna patientens möjligheter och förmåga att skapa sin egen berättelse ger en känsla av auktoritet och autonomi. Detta betyder emellertid inte att vårdaren frånsäger sig sin auktoritet och sitt ansvar, utan snarare att patienten återupprättas som auktoritet när det gäller sin upplevelse av lidande, samt att denna upplevelse är betydelsefull.

I den etiska aspekten framstår den självvärderande processen som central i förhållande till varför-frågan. Svaret på varför-frågan aktualiserar frågan om skuld. Självvaktningen utgör här det reflexiva momentet emot vilket handlingar och händelser värderas. Oavsett om skulden för lidandet förläggs hos patienten själv, andra personer, oföretsda händelser eller slumpen, så påverkas självvaktningen i någon mån. En nödvändig förutsättning för att självvärdering skall vara möjlig är autonomi.

är av särskilt intresse för förståelsen av lidande som det gestalts i en berättelse. von Wright (1993) har konstruerat en filosofisk modell för teleologiska förklaringar kallad "praktisk syllogism". En sådan ser enligt von Wright (1993, s. 96ff) ut på följande sätt:

A intends to bring about *p*.
A considers that he cannot bring about *p* unless he
does *a*.
Therefore A sets himself to do *a*.

Denna förklaringsmodell ser i sin enkelhet närmast trivial ut. Men när vi använder den för att "förklara" A's beteende, *förstår* vi samtidigt beteendet som en yttre aspekt av en handling genom att blottlägga dess intention (von Wright 1993, s. 123ff). Vi *förstår* först när intentionen med handlingen (eller beteendet) blir uppenbarad för oss. Den praktiska syllogismen ger oss möjlighet att lyfta den rena *beskrivningen* av ett beteende (handling) till den teleologiska förklaringsnivå (von Wright 1993, s. 124), och därmed öka förståelsen. von Wright (1993, s. 134ff) menar att denna växling mellan beskrivning, eller tolkning, och teleologisk förklaring sker i ett cirkulärt förlopp. Resultatet av beskrivningen, eller tolkningen är svaret på frågan "vad något är", medan förklaringen svarar på "varför något är". Varför-frågan i sin tur banar vägen för en omtolkning av fakta på en högre nivå. Hela förloppet kan gestalts i formen av en hermeneutisk cirkel (vad-varför cirkeln).

I berättelsens form kan skulden fördelas genom att moraliska principer inte blir allenarådande utan den etiska visionen om ett gott liv utgör grund för reflektionen i den självvärderande processen.

Berättelsen om vändpunkten

Vändpunkten kan gestaltas som en stark upplevelse av att stå vid ett vägskäl. Det kan vara vid denna tidpunkt som människan får kontakt med det professionella vårdssystemet och blir patient inte endast i ontologisk mening. Lidandet har nått en sådan intensitet att det upplevs som outhärdligt, det kan inte bli värre. Denna upplevelse återspeglas som en spricka i fasaden. Analogt med fasaden som ett skydd både inåt och utåt så går sprickan också åt båda hållen. Lidandet kan inte längre hållas dolt för andra eller för en själv. Därmed kan upplevelser som fasaden tjänat som ett skydd för blottläggas och transformeras till svar på varför-frågan. Genom att handlingar och händelser kan relateras till varandra så förankras patienten i tiden, och kan skapa mening-i-lidandet. Ett mönster kan börja framträda, där fasaden börjar skönjas som ett mönster som både skyddat mot lidande och skapat mer lidande. Genuina önskningar kan framstiga vilka ger grunden för ett vardande i lidandet. Detta vardande uttrycks som en kamp mellan ont och gott, det man inte önskar och det man önskar.

I relationsaspekten så öppnar sig patienten vid vändpunkten för relationer på ett nytt sätt. Kanske är det första gången man genuint vågar be om hjälp att lindra lidandet. Att mottagandet av denna begäran om hjälp är av yttersta betydelse framstår som självklart. Men svårigheten att skilja en genuin begäran om lindring av lidande, från en begäran som har med tillfredställande av behov under fasadens skydd, är avsevärd. Här kan kvaliteten i relaterandet ge viktiga ledtrådar. Är det i en kontakt eller i en förbindelse som hjälpen söks? Häri ligger skillnaden som avgör om det är fråga om en vändpunkt eller endast en bekräftelse på att de antaganden som fasaden bygger på är riktiga. Det förra innebär att en radikal nygestaltning av lidandeberättelsen blir möjlig. Det senare innebär i sämsta fall en bekräftelse på att fasaden utgör det enda alternativet till ett outhärdligt lidande. Vändpunkten kännetecknas av att patienten ”vågar språnget”, d v s fasadens skydd lämnas liksom kontaktens sätt att relatera.

Kampen mellan ont och gott blir i den etiska aspekten en del av den självvärderande processen. Vid vändpunkten är det inte ovanligt att kampen tar sig reella uttryck som en kamp mellan liv och död. Självdestruktivitet och självmord kan vara möjliga utvägar ur en situation som upplevs som hopplös. Vårdarens respekt för denna sårbarhet, och viljan att verkligen engagera sig i medlidande, utgör en kraft som kan balansera och skydda patientens självaktning. Graden av lidandet uppmanar vårdaren att i större eller mindre utsträckning bära ansvar för det som patienten inte själv kan ta ansvar för.

Berättelsens poäng

Det sista ledet i en handling utgörs av upplösningen, poängen eller sensmoralen. I narrativa termer betyder poängen en beskrivning av hur förhållanden²¹ som rådde vid berättelsens början har ändrats. Berättelsens poäng står därmed i förhållande med alla de övriga komponenterna i berättelsen. Den kan sägas vara en övergripande tolkning, och nygestaltning av dem. På denna reflektionsnivå skapas inte endast mening-lidandet, utan även mening-med-lidandet. Meningen-med-lidandet kan se ut på flera sätt. Lidandet i sig själv kan tillskrivas mening eftersom det har satt igång en utvecklingsprocess. Detta innebär inte att ”det onda” transformeras till något ”gott”, utan snarare att upplevelsen och kampen med ”det onda” har fört något ”gott” med sig. Berättelsens poäng kan också rikta sig mot framtiden i form av förhoppningar och mål. Meningen-med-lidandet uttrycks då genom att lidandet givit upphov till nya preferenser för hur man vill leva sitt liv. Meningen-med-lidandet återfinns inte endast hos patienten utan också hos vårdaren. Vårdaren blir ett ”vittne” som kan transformera patientens meningsupplevelse inte bara till sitt eget liv, utan även till andra patienter. Berättelsens poäng relaterar till fasaden på två sätt: å ena sidan ses lidandet som det som orsakar att fasaden rasar, å andra sidan ses fasaden som en del av lidandet. Innebörden av fasadens dubbelhet blir möjlig att förstå. Den har utgjort både ett skydd och ett fängelse, d v s både skyddat och avskärmat den lidande från såväl sig själv som andra. Artikuleringen av berättelsens poäng blir därmed en viktig del i återupprättandet av det som Kaufman (1992) och Younger (1995) benämner den interpersonella bron. Genom att fasaden raseras blir kommunikationen med såväl sig själv som andra möjlig. Denna process har

²¹ Dessa förhållanden skall förstås både i relation till yttre förhållande och i relation till förändrings – och mognadsprocesser hos människan själv.

som vi tidigare sett skett stegvis och i skydd av förbindelsen som i samtalet gestaltats som en trygg och öppen relation.

I relationsaspekten innebär artikulerandet av berättelsens poäng att den vårdande relationen går mot sitt slut. Vårdarens gåva och patientens inbjudan att dela lidandet är inte längre etiskt motiverade. Detta innebär inte att samtalet och relationen i egentlig mening avslutas. I stället upphör de, med hänvisning till att någonting blivit fullbordat. På samma sätt som en berättelse fullbordas i och med artikuleringen av dess poäng. Den trygghet som samtalen och den vårdande relationen varit, kommuniceras till en gemenskap i att vara människa bland människor, d v s att ha möjlighet att utan hinder stå i djup kommunikation både med sig själv och med andra.

I den etiska aspekten så innebär artikuleringen av berättelsens poäng att den grundläggande asymmetrin har förändrats. Patienten är inte längre patient, utom möjligen i den generiska betydelsen. Patientens handlande styrs nu av de nya antaganden som formulerats i berättelsens poäng. Den återvunna självvaktningen ger i etiska termer nya utgångspunkter för att gestalta visionen om ett gott liv. Respekten för en själv kan nu utvecklas genom respekt och omsorg om andra själv. Något som lidandet framförallt i form av fasaden utgjort ett hinder för. Den inskränkning i handlingsfriheten som lidandet givit upphov till kan nu upphävas och autonomi i den självvärderande processen utvecklas till ansvar. Detta innebär att kommunikationen mellan de tre etiska komponenterna (Ricoeur, 1992) - den personliga (självvaktningen), den interpersonella (omsorgen) och den sociala (rättvisa institutioner) – har återställts.

Det vårdande samtalet – kommunikation som lindrande av lidande

Kommunikation som redan i den inledande begreppsanalysen visade sig vara ett begrepp som bar många av de kvaliteter som förknippas med vårdande har under studiens gång gjort sig mer och mer påmint. I ljuset av teorin framstår kommunikation i betydelsen (åter)upprättande av gemenskap som det på ontologisk nivå vårdande²² i det vårdande samtalet. Kommunikationen är synlig i samtliga tre aspekter. I den relationella som den gemenskap som skapas i förbindelsen mellan vårdare och patient. I den narrativa i kommunikationen mellan patientens historia, nutid och framtid, och också i

²² Det som lindrar lidande och leder till hälsa.

möjligheten att genom lidandeberättelsen kommunicera den värld som patienten lever i till vårdaren. I den etiska aspekten är kommunikationen synlig i den ömsesidiga respekten mellan människor, men också i det skeende där respekten för en själv utvecklas till respekt och omsorg om andra själv. I ljuset av detta framstår det vårdande samtalets ontologiska kontext (Kvale, 1997) som kommunikation i sin ursprungliga betydelse av gemenskap. Kommunikation framstår därmed som ett begrepp som är relevant för den systematiska vårdvetenskapen. Hur och på vilket sätt det skall inkorporeras i den systematiska vårdvetenskapens teorikärna och ethos faller emellertid utanför syftet för föreliggande studie att svara på.

IV. DISKUSSION

1. Kritisk granskning av studiens giltighet

Studiens syfte var att utgående från ett vårdvetenskapligt perspektiv utveckla en teori för det vårdande samtalet, speciellt som det gestaltar sig i den psykiatriska vårdkontexten. Litteraturoversikten visade att det inom området kommunikation fanns en stor mängd studier, men att ansatserna till systematisk begrepps- och teoribildning beträffande samtal var få. Samtalet som det kan gestalta sig i ett vårdande kontext hade överhuvudtaget inte fokuserats. För att medge en kunskapsbehållning som inte diffuseras av influenser från flera samtidiga och kanske motstridiga perspektiv framstod det därför som nödvändigt att förankra studien i ett teoretiskt perspektiv.

I detta avsnitt är det styrkan och svagheten i kunskapsbehållningen som står i fokus, d v s frågan om hur vi kan förhålla oss till de båda ytterligheter i synen på giltighet som representeras av å ena sidan en subjektiv realism där allting kan betyda vad som helst, och å andra sidan sökandet efter en absolut sann och universell mening. I kapitel II framfördes sanningskriterierna mening och användbarhet som de centrala för en teori i den betydelse begreppet har givits i föreliggande studie. Det blir därför aktuellt att diskutera den framlagda teorin i förhållande till dessa kriterier, liksom att diskutera den eventuella svaghet som nedtoningen av korrespondenskriteriet innebär. Innan vi inleder diskussionen om teorins giltighet finns det anledning att kritiskt granska den process som ligger före utvecklingen av teorin. Inom vårdvetenskap i vid mening har begreppen validitet, reliabilitet (Cutcliffe & McKenna, 1999) och generaliserbarhet (Sharp, 1998) varit utgångspunkten för diskussion om kunskapens giltighet. Dessa begrepp kan emellertid som Kvale (1997) framhåller långt uppfattas som sociala konstruktioner. Det innebär att deras betydelse inte är entydig, utan skapas i den diskurs i vilken de ingår. I nedanstående avsnitt kommer jag därför att problematisera och diskutera begreppen och den betydelse de har i föreliggande studie.

Tolkningarnas giltighet

I föreliggande studie förekommer tolkningar på i princip tre olika nivåer¹: i förhållande till enskilda texter i de olika delstudierna, i förhållande till flera delstudier som tolkas i relation till en aspekt i den framlagda teorin, i förhållande till de tre aspekterna när de sammanförs till teorin.

Enligt Ricoeur (1991) innebär validering av tolkningar argumentation. Tolkningarnas validitet beror m a o på hur väl denna argumentation har synliggjorts med beaktande av argument för och emot tolkningar. Som nämnts tidigare riskerar den hermeneutiska cirkeln att bli en ond cirkel (Ödman, 1988) om data som strider mot de tolkningar som framförs systematiskt sorteras bort eller marginaliseras. Ansträngningar har gjorts i varje enskild delstudie, dels att synliggöra datamaterialet i sin helhet, dels att konfrontera olika till synes motstridiga tolkningar. Dessa ansträngningar synliggörs genom det distanserade moment som ingår som ett led i tolkningarna på samtliga nivåer. Enligt Ricoeur (1982) är denna distansering en förutsättning för tillägnelse, d v s att vi kan förstå texten på ett nytt sätt. Distanseringen är inte ett metodologiskt knep, utan s a s inbyggd i texten som text i och med att den inte längre är knuten till avsikten hos den som skrivit eller yttrat den (Wiklund, Lindholm & Lindström, 2002). Den momentana frigörelsen från förförståelsen möjliggörs genom strukturella analyser där texten frigjorts från sina referenser och förklaras utifrån sina interna relationer och djupstrukturer. Detta distanserade moment är emellertid endast en del i argumentationen. För att möjliggöra en kritisk reflektion konfronteras tolkningar som gjorts på basen av de strukturella analyserna med varandra, och slutligen också med förförståelsen.

En annan infallsvinkel på validitets och reliabilitetsfrågorna utgörs av den dialog med respondenterna och med andra forskare som sker under forskningsprocessen. Larsson (1994) benämner detta diskurskriteriet medan Kvale (1997, s. 221) benämner det kommunikativ validitet, med vilket han avser ”att kunskapsanspråkens validitet prövas i

¹ Alvesson & Sköldberg (1994) urskiljer fyra tolkningsnivåer: interaktion med empiriskt material, tolkning, kritisk tolkning och självkritisk och språklig reflektion. Här diskuterar jag inte interaktionen med empiriskt material som en tolkningsnivå då detta diskuterats i respektive delstudie (en översikt av studiens datamaterial återfinns på s. 49). Interaktionen och insamlandet av datamaterialet har också att göra med perspektivmedvetenhet som behandlas senare.

en dialog”. Sådana ansatser har prövats i de båda delstudier (I, IV) som inkluderar data från informanter. För långt drivet innebär naturligtvis denna typ av validering att forskaren inte självständigt tar ansvar för och litar på sina forskningsresultat. Syftet med denna typ av prövning var emellertid inte att respondenterna skulle ”godkänna” tolkningarna utan snarare se om de kunde utvecklas (jfr Cutcliffe & McKenna, 1999). En annan aspekt av den kommunikativa validiteten har att göra med dialogen inom forskarsamfundet. Här utgör publiceringen av delstudierna ett led i den dialog som ständigt pågår inom vetenskapen. Den kritiska granskning som föregått publicering har i samtliga fall ökat studiernas validitet och reliabilitet i så motto att tolkningarnas pregnans ökat och luckor i argumentationen tydliggjorts. De båda kvalitativa forskningssynteserna (II, III) utgör ett specialfall då de innebär en dialog mellan olika forskares tolkningar inom ett område. I detta avseende har dessa artiklar utgjort något av ett ”clearing house” i och med att flera forskares syn på för studien centrala begrepp fått komma till tals.

Poängrikedom (Alvesson & Sköldbberg, 1994) liksom heuristiskt värde (Larsson, 1994) framhålls som centrala kvalitetskriterier. En studie som beskriver en företeelse på det sätt som människor i allmänhet förväntar sig framstår som poänglös. Det betyder att för att tolkningarna skall framstå som giltiga skall de inte bara vara trovärdiga, de skall också vara intressanta. ”En lyckad analys resulterar i ett nytt sätt att se på verkligheten; nya kategorier för tänkandet, det kan vara begrepp, mekanismer, eller att en företeelse har kunnat relateras till ett sammanhang som gör något obegripligt rimligt” (Larsson, 1994, s. 179). I föreliggande studie så framstår själva koncipieringen av begreppet vårdande samtal som poängrik. Genom att föra in något bekant, samtalet, i ett sammanhang, vårdande, så har utgångspunkter för något nytt skapats. I kriteriet poängrikedom finns emellertid ett spänningsförhållande mellan att tolkningarna skall ha en viss förankring i datamaterialet och att de skall överskrida detta på ett nytt sätt. Det innebär att för djärva tolkningar, som följdaktligen inte har något stöd i primärtolkningar framstår som poänglösa hur nydanande de än är. Datamaterialet, eller primärtolkningarna skall alltså fungera som en språngbräda för tolkningarna. I föreliggande studie synliggörs validiteten dels genom de två studier som inbegriper respondenter (I, IV) och dels genom den dialog med forskarsamfundet som publiceringen innebär, genom att begreppet vårdande samtal inte avfärdas eller

uppfattas som obegripligt. Samtidigt uppfattas det inte heller som trivialt, då den uppfattningen om vad det är finns inte genast färdig. Blandningen av olika typer av material, intervjuer, inspelade samtal, forskartexter osv banar även vägen för att få stöd för poängrika tolkningar. Studiens heuristiska värde kan även relateras till möjligheten att generalisera (Larsson, 1994). Detta behandlas emellertid under avsnittet om generaliserbarhet.

Perspektivmedvetenhet framhålls av Larsson (1994) som en kvalitet hos framställningen som helhet, alltså inte endast som en förutsättning för bedömning av tolkningars validitet. Tanken att tolkningar är perspektivberoende har framförts i det hermeneutiska närmelsesätt som präglar föreliggande studie. Det teoretiska perspektivet och särskilt förförståelsen, spelar en avgörande roll för tolkningarna på alla nivåer. Redan vid formuleringen av frågeställningarna har perspektivet betydelse. Det viktigaste kriteriet på perspektivmedvetenhet utgörs enligt Larsson (1994) av en öppen redovisning av förförståelsen. Att redovisa förförståelsen är emellertid inte helt lätt, då den ju i princip omfattar allt forskaren läst, upplevt och tänkt. I föreliggande studie har ambitionen varit att konsekvent utgå från ett vårdvetenskapligt perspektiv som redovisats. Detta utgör därmed en viktig interpretationskomponent. Förutom redovisningen av studiens teoretiska perspektiv har en genomgång av aktuell forskning inom området försökt att belysa de influenser som forskningen i stort står för. Den influens som det teoretiska perspektivet utgör är en viktig del av tolkningen, men kan även bli ett hinder för en valid tolkning. För att hantera det så kallade auktoritetsproblemet utgör det distanserade momentet, när texten strukturellt analyseras, ett viktigt redskap. När så texten igen rekontextualiseras och möter förförståelsen tydliggörs tolkningens perspektivberoende. Larsson (1994) menar vidare att det kan vara motiverat att skilja på perspektiv i betydelsen forskningsansats, och perspektiv i betydelsen teorier eller förförståelse som direkt relaterar till det fenomen som studeras. I föreliggande studie har strävan varit att öppet redovisa båda.

Generaliserbarhet

Förståelsen av begreppet generaliserbarhet är beroende av synen på kunskap, men är den perspektivberoende. I föreliggande arbete avvisas spegelsynen, då vi vill att språket exakt kan beskriva och avbilda den objektiva eller socialt konstruerade verkligheten.

Detta innebär emellertid inte att idealet om någon form av empirisk förankring eller relatering helt överges. Empiri kan inte i sig själv verifiera eller falsifiera en teori, den bevisar ingenting (Alvesson & Sköldbberg, 1994). Däremot så kan empirin, precis som andra data generera argument för eller emot en tolkning eller en teori. Konsekvensen av kunskapssynen blir att generaliserbarhet inte kan förstås i termer av statistisk generalisering, d v s att man med viss säkerhet kan generalisera ett resultat från ett sampel till en population. Denna typ av generalisering är dock långt ifrån den enda. Kvale (1997) nämner förutom den ovanstående: naturalistisk, analytisk, samt forskarens och läsarens generalisering.

Den naturalistiska generaliseringen vilar på personlig kunskap och erfarenhet och motsvaras närmast av Aristoteles *pronesis* (se delstudie V). Analytisk generalisering bygger på en bedömning av om resultaten av en studie kan ge vägledning för vad som kommer att hända i en annan situation. I en fallstudie i klinisk praxis kan resultaten överföras till ett liknande fall. Generaliseringens validitet beror då på om de jämförda egenskaperna är relevanta, vilket i sin tur beror på precisionen i beskrivningen. Forskarens och läsarens generalisering handlar om vem som skall utföra den analytiska generaliseringen. Kvale (1997) framhåller att forskarens ansvar främst handlar om att tillhandahålla en beskrivning som är så rik, tät och har så hög precision att läsaren eller klinikern kan använda den som utgångspunkt. Generaliserbarheten hos den teori som presenteras i föreliggande studie blir därmed delvis beroende av den kontext från vilken data är hämtade. Det är alltså inte utan vidare möjligt att generalisera utanför den psykiatriska kontext från vilken data är hämtade. Man kan däremot tänka sig att kliniker med god insikt i andra kontext kan dra nytta av generella drag i teorin, och överföra dem till den kontext där de befinner sig. Men i dessa fall bygger generaliseringen på en blandning av naturalistisk och analytisk generalisering. Generalisering innebär emellertid inte endast att beskriva det som är utan också att beskriva det som kan finnas (Kvale, 1997). I detta avseende utgör teorin för det vårdande samtalet en innovation, det öppnar möjligheten att se något bekant på ett nytt sätt. Teorin kan därigenom bidra till att öppna upp patientens² värld på ett nytt sätt genom att patienten ges utrymme att

² I den ontologiska betydelsen lidande människa.

berätta, vilket innebär en perspektivförskjutning i förhållande till de paradig där kommunikationsteknik och information utgör kärnan.

Teorin för det vårdande samtalet i förhållande till det trilaterala sanningsbegreppet

I kapitel II problematiserades synen på kunskap och framförallt synen på teoribegreppet. I den betydelse teoribegreppet ges i föreliggande studie framhölls i enlighet med Alvesson & Sköldbärgs (1994) trilaterala sanningsbegrepp två kriterier: mening och användbarhet. Korrespondenskriteriet avvisades eftersom det emanerar ur en förenklad syn på förhållandet mellan språk och verklighet. Som vi sett ovan innebär det inte att tanken om en teoriers empiriska förankring helt överges, men empirin får istället för rollen som bevis nöja sig med att verka som argument. Alvesson & Sköldbärg (1994) framställer det trilaterala sanningsbegreppet i form av en modell för värdering av sanningsstrategier i förhållande till teorier med olika epistemologisk bas. Under föreliggande studies gång har emellertid synen på sanningsbegreppet förändrats något. En teori kan förvisso värderas med utgångspunkt i den ovan anförda modellen, men en aspekt som förbisetts är teorins utveckling. I föreliggande studie så har det inneburit en rörelse från fokus på mening i delstudierna, till fokus på användbarhet när teorin utvecklats. I fortsatt forskning kan man tänka sig att korrespondens, dock inte i den förenklade meningen, utgör ett viktigt fokus för att precisera teorin inom det kontext där den utvecklats och kanske också bredda den till att omfatta andra kontext. Det trilaterala sanningsbegreppet kunde i detta sammanhang bättre formuleras som en cirkel³, där det första steget i utvecklingen av teorin utgörs av forskning inriktad på mening, d v s ett uppdragande av en djupare mening än den omedelbart givna. Detta steg följs av sammanfogning av forskningsresultaten till en teori, i syfte att göra forskningsresultaten användbara. Nästa steg blir att genom olika former av korrespondens öka möjligheten att generalisera utgående från teorin, d v s öka dess bredd, precision, exakthet i beskrivningar o s v. Detta sätt att gestalta teoriutvecklingsprocessen sammanfaller med Ödmans (1988) tanke om kunskapsbehållningen som en fryst stillbild. Poppers (1997)

³ Här dyker den hermeneutiska cirkeln upp på nytt, nu gestaltad som en metacirkel som beskriver teorins utveckling.

tanke om falsifierbarhet förefaller i ljuset av det ovanstående resonemanget som mindre användbar då det inte är fråga om ett tvåvärdigt (sant/falskt) sanningsbegrepp. Istället handlar det precis som Gadamer (1989) och Ödman (1988) framhåller om en systematisk och stegvis omvärdering och förbättring av den aktuella kunskapen, någon absolut sanning kan aldrig nås. Men som argumentationen har visat så betyder det inte att begreppet sanning överges till förmån för en allmän relativism, ”anything goes”. Utifrån ovanstående resonemang om teoriutveckling som ett förlopp kan teorin värderas i förhållande till alla tre sanningskriterierna (Alvesson & Sköldbberg, 1994). Tyngdpunkten hos den presenterade teorin ligger i skärningspunkten mellan mening och användning, emellertid med en viss övervikt åt mening. Fortsatt forskning med inriktning mot ökad precisering och också argument för att teorin ”fungerar” i klinisk praxis skulle ge ökat stöd för användnings- respektive korrespondenskriteriet, vilket ytterligare skulle öka teorins giltighet.

2. Diskussion av studiens resultat

Teorin i förhållande till forskning om lidande

Öhlén (2001) ger i sin avhandling en översikt över lidandet sett som ett skeende. Han menar att utifrån Lindholm & Eriksson (1993), Younger (1995) och Morse & Carter (1996) så kännetecknas detta skeende av att personen går från upplevelser av isolerat främlingskap till upplevelser av samhörighet. En liknande bild ges i Wiklunds (2000) avhandling där lidandet beskrivs som en kamp mellan å ena sidan hälsa som gemenskap och liv, och å andra sidan lidande som avskurenhet och död. Detta skeende är synligt även i föreliggande studies resultat. I teorin avspeglas skeendet i rörelsen mellan fasadens avskurenhet och (åter)upprättande av kommunikation i betydelse verklig gemenskap. Föreliggande studie delar det teoretiska perspektiv som artikuleras av ovanstående författare⁴ och inom vilket lidande inte ses som ett problem som skall lösas

⁴ Jag är inte enig med Morse & Carter (1996) som begreppsligt skiljer på uthärdande (enduring) och lidande (suffering). Enligt deras sätt att se kan det uppfattas som vårdarens uppgift att hjälpa patienten att lida, något som jag uppfattar som oetiskt. Inom ramen för det vårdvetenskapliga perspektiv som föreliggande studie tillhör ses lidande som antingen uthärdligt eller outhärdligt (Eriksson, 1993). Det är vårdarens uppgift att lindra lidande vilket i samtalet gestaltas genom att ge patienten utrymme att berätta för att ge möjlighet till lindring. Det finns således ingen strävan efter att patienten skall ”komma i kontakt med” ett ”dolt” lidande, eller ”avslöja” någonting gömt.

utan istället som en livsomständighet som kan förstås. Dessa och andra⁵ studier har givit en grundläggande förståelse för vad lidande är och hur det gestaltas, medan föreliggande studie syftar till att fördjupa förståelsen för hur det genom samtal kan lindras. Trots att de ovanstående studierna är genomförda i olika kontext, så finns det en samstämmighet i beskrivningen av det skeende som lidandet innebär, vilket innebär att lindrandet av lidandet är något i grunden generellt. I samtliga studier framhålls samhörighet och gemenskap som en väsentlig lindrande faktor.

I ljuset av lidandeforskningen framstår teorins narrativa aspekt som generaliserbar även utanför ett samtal. Lidande människor använder sig sannolikt av fasader för att hantera sitt lidande, och ställer sig varför-frågor samt kommer till vändpunkter även utan vårdande samtal. Emellertid kan kunskap om dessa fenomen möjliggöra att samtal om dem kommer till stånd och därmed bidra till att lindra lidande. I föreliggande studie förstås kommunikation i sin grundläggande betydelse av gemenskap som det i ontologisk mening vårdande i det vårdande samtalet. Föreliggande studie har därmed bidragit till att föra in en ny dimension i diskussionen om lidande och framförallt hur det kan lindras. I Wiklunds (2000) forskning framstår intrigen som en vital del i gestaltningen av lidandets kamp som ett drama (jfr Eriksson 1993). Som synonym till 'intrig' anges 'handling' (Collinder, 1983). Utgående från ett etiskt perspektiv så är emellertid den framträdande kvaliteten hos lidande just oförmågan att handla (Ricoeur, 1992). Wiklund (2000) menar att lidandet får karaktär av kamp först när människan bekräftat det. Betyder det att lidandets drama kan pågå men utan någon kamp och utan att människan i egentlig mening har kontakt med sitt lidande? Utgående från föreliggande studie så syns det som fullt möjligt, dramat pågår men bakom en fasad eller mask, och det skapar själv sin intrig eller handling. För att den lidande människans lidande skall bli förståeligt krävs kommunikation, vilket i samtalet enligt Gadamer (1989, s. 379) innebär: "To reach an understanding in a dialogue is not merely a matter of putting oneself forward and successfully asserting one's own point of view, but being transformed into a communion in which we do not remain what we were." Kommunikationen innebär alltså inte att den ena personen försöker förstå den andra,

⁵ Lidandeforskningen är diger, i Wiklunds (2000) och Öhléns (2001) avhandlingar ges aktuella litteraturöversikter.

utan istället att de försöker komma till en gemensam förståelse om ”saken”, i det här fallet lidandet. Enligt Gadamer (1989) skiljer sig ett sådant samtal där ”saken” står i fokus från andra typer av samtal där personens individualitet står i fokus, t ex olika terapeutiska samtal eller ett förhör. I ljuset av detta framstår betydelsen av att förstå teorin för det vårdande samtalet inte som en mall för ett skeende, utan istället som en möjlighet att tolka och förstå den värld som öppnas framför den. Som Gadamer (1989) framhåller ”genomförs” inte det genuina samtalet, det ”händer”, eller vi blir involverade i det. När det sedan leder till en gemensam förståelse, alltså inte endast till ett utbyte av ord eller information, uppnås kommunikation.

Vad skiljer då ett vårdande samtal från ett samtal? Utgående från teorin är det främsta diskriminerande kännetecknet att fokus är lindrandet av patientens lidande. Man kan då fråga sig om allt lidande kan lindras genom samtal? Svaret är givetvis nej, däremot kan samtalet ge uppslag till hur lidande kan lindras. Vidare kan man fråga sig om samtal kan vara vårdande utan att lindra lidande? Utgående från ett vårdvetenskapligt perspektiv är det inte endast motiverat att lindra lidande utan även att bevara och upprätthålla personers hälsa. Utgående från detta skulle även ett rådgivande och vägledande samtal, i syfte att förhindra ohälsa och lidande ses som vårdande. I ett sådant samtal får vårdarens berättande om vad som skall eller kan hända större utrymme, och frågan är om man i den kliniska kontexten skall skilja mellan ett vårdande samtal (som lindrar lidande) och ett ”hälsosamtal” inom vilket man förebygger och ger råd och vägledning. Denna dimension har fått mindre utrymme i föreliggande studie och utgör ett intressant område för fortsatt forskning.

Teorin i förhållande till begreppsanalysen av ‘samtal’ och ‘kommunikation’

Begreppsanalysen visade att begreppet ‘kommunikation’ var bärare av vårdande kvaliteter i betydligt större utsträckning än begreppet ‘samtal’. Genom studien har emellertid praxisbegreppet ‘samtal’ utvecklats till ett kliniskt vårdvetenskapligt begrepp ‘vårdande samtal’, som fått en bestämning i förhållande till den vårdvetenskapliga kunskapskroppen. Begreppen ‘samtal’ och ‘kommunikation’ har också genom studien relaterats till varandra genom att kommunikation i betydelsen (åter)upprättande av gemenskap, uppfattas som det på ontologisk nivå vårdande i samtalet. I begreppsanalysen antyddes att ‘kommunikation’ kan vara ett begrepp som har sin

hemvist i den systematiska vårdvetenskapen. Detta antagande stärktes under studiens gång. I resultatkapitlet fick jag nöja mig med att peka på relevansen av kommunikationsbegreppet, då det leder utanför studiens syfte att försöka inkorporera det i den systematiska vårdvetenskapens teorikärna.

Jag vill ändå diskutera huruvida 'kommunikation' är ett begrepp som är nära relaterat till vårdgemenskap. Denna relation är synlig inom den systematiska vårdvetenskapen i det utgångsantagande om vårdgemenskap som lyder: "Vårdgemenskap utgör vårdandets meningssammanhang och har sitt ursprung i kärlekens, ansvarets och offrandets ethos, d v s en caritativ etik" (Eriksson, 2001, s. 20). Vårdgemenskap som av Eriksson framställs som en 'communion' sammanfaller begreppsligt med 'kommunikationens' ursprungliga betydelseinnehåll. I lidandet är människan avskuren från gemenskapen med andra (Wiklund, 2000; Younger, 1995). I sin värsta form är lidandet ordlöst och kan inte kommuniceras till och förstås av någon. Då är det vårdarens ansvar att försöka återupprätta kommunikationen med den som lider. Hur hjälper man den som lider i det tysta, eller den som skäms för sitt lidande?⁶ Det är i dessa situationer patienten behöver någon som är villig att låta sig involveras i ett vårdande samtal. Utgående från kunskapsbehållningen i föreliggande studie kan lidande förstås som ett brott i kommunikationen med sig själv, andra, världen och också en abstrakt annan eller Gud. Utgående från detta skulle lidande kunna gestalta sig i fyra olika former: lidande som avskurenhet från sig själv, från andra, från kontakten med världen, samt från en abstrakt annan eller Gud. Naturligtvis upplevs inte lidande i verkliga livet renodlat i någon av dessa former, men säkert kan någon av dem vara mer framträdande. I samtalet kunde dock dessa former vara fruktbara för att se var avskurenheten gestaltas i lidandeberättelsen. Utgående från respondenternas berättelser i delstudie (I, IV) kan man se framförallt en avskurenhet i förhållande till sig själv och andra. Men också att upprättande av kommunikation i en av formerna leder till lindring av lidandet och möjliggör kommunikation också inom de andra.

⁶ Både hjärtpatienterna och alkoholmissbrukarna i Wiklunds (2000) studie uppgav att de skämdes för sitt lidande.

Teorin i förhållande till forskning om vårdande

I Halldórsdóttirs (1996; 2001) teori om professionellt vårdande framställs vårdandet som ett relationellt fenomen, där det professionella vårdandet sker genom kompetens, vårdande och förbindelse.⁷ Enligt Halldórsdóttir (2001) utgjorde relationens kvalitet den fundamentala skillnaden mellan vad patienterna upplevde som vårdande respektive icke-vårdande.⁸ Förbindelsen symboliseras i teorin som en bro mellan patient och vårdare, när relationen var icke-vårdande upplevde patienten istället en mur. Föreliggande studie ger stöd till Halldórsdóttirs (1996; 2001) teori när man ser vårdande i det relationella perspektivet. Men när man ser på samma fenomen i ljuset av den narrativa aspekten i teorin för det vårdande samtalet så framstår fasaden som en typ av ”mur”. Lidande, eller rättare de strategier som patienter använder för att bemästra lidande kan på samma sätt som oprofessionellt vårdande, ge upphov till upplevelsen av en mur. Vad jag menar är att Halldórsdóttirs teori ger en grundläggande, men ändå något förenklad syn när den förlägger hela patientens upplevelse av vårdandet till den vårdande relationen. På ett etiskt plan har Halldórsdóttir rätt i att en professionell vårdare bör klara att möta patienten på ett sätt så att en förbindelse blir möjlig, oavsett intensiteten i lidandet. Men vårdaren måste samtidigt ha en respekt och lyhördhet för om muren tjänar ett annat syfte, d v s att skydda patienten från att uppleva lidande eller skam. Halldórsdóttir (1996; 2001) menar att detta förverkligas genom en professionell distans i relationen. I teorin för det vårdande samtalet blir detta istället synligt som respekt för patientens sårbarhet. Halldórsdóttirs teori är således begränsad till vårdandets relationella och etiska aspekter och beaktar inte den narrativa.

Det är i det sammanhanget intressant att notera att Kaséns (2002) begreppsanalys av begreppet ‘relation’ visar att den starkaste synonymen är ‘berättelse’. I diskriminationsparadigmet (Kasén, 2002, s. 92) för ‘relation’ dyker dessutom (jfr figur 1 s. 26) synonymerna ‘förbindelse’, ‘beröring’, ‘kommunikation’, ‘kontakt’ och ‘gemenskap’ upp. Det finns alltså inte bara empiriska och teoretiska samband mellan dessa begrepp, som Halldórsdóttirs (1996; 2001) och föreliggande studie visat utan

⁷ ‘Competence’, ‘caring’ och ‘connection’ är de engelska begrepp som används.

⁸ ‘Caring’ och ‘uncaring’ är de engelska begrepp som används.

också rent semantiska. Föreliggande studie är i överensstämmelse med dessa resultat, men har också bidragit till att klargöra några av begreppen i förhållande till deras plats i det vårdande samtalet, samt visat att vårdande såsom det gestaltas i ett samtal inte enbart har en relationell och en etisk aspekt utan även en narrativ.

Teorin i förhållande till narrativ filosofi och forskning

Kemp (1999) ger i sin introduktion till Ricoeurs filosofi intressanta uppslag till diskussionen av det vårdande samtalets narrativa aspekt. Ricoeur tar enligt Kemp (1999) sin utgångspunkt i Aristoteles poetik. Enligt Kemp (1999, s. 31) använder Aristoteles fyra begrepp i sin poetik: *poiësis*, *mythos*, *mimësis*, *praxis*. ”Selve dramaet frembringes ved en *poiësis*, en skabelse, medens det, som udføres ved iscenesættelsen af et dramas ‘handling’ er en *mimësis*, en ‘efterligning’. *Mythos* er en *mimësis*: historiens ‘handling’ (*mythos*) efterligner eller bedre: forestiller menneskelig handlen (*praxis*).” Utgående från Aristoteles begrepp kan vi alltså säga att en lidandeberättelse kräver en *poiësis*, en skapelseakt som oftast utgörs av själva livet. Men för att lidandet skall formas till berättelse behövs en handling (*mythos*) och för att denna handling skall komma till stand en *mimësis*process, en gestaltning av *praxis*.

Det är *mimësis*processen som är särskilt intressant när vi ser på samtalet i ett narrativt perspektiv. Enligt Kemp (1999) framställer Ricoeur *mimësis*processen i tre olika delar: i) pre-figuration, ii) konfiguration, iii) ny-figuration. Pre-figurationen klargör det vardagliga handlingslivets förutsättningar och utgör den förförståelse ur vilken berättelsen hämtar sitt stoff. Konfigurationen är den skapande aktiviteten som skapar berättelsens handling. Handlingen ordnas tidsligt i förhållande till en början en mitt och ett slut. Konfigurationen uttrycker den poäng som vi förstår när berättelsen är färdigberättad. Ny-figurationen innebär en tillägnelse av berättelsen som öppnar en ny värld för oss. ”Vi bliver nye ‘mennesker’. Dette er fortællingens *ny-figurering* af vores liv” (Kemp, 1999, s. 36). Som vi ser är *mimësis*processen analog med lidandeberättelsen. Berättelsen om fasaden innebär en pre-figuration av hur livet har gestaltat sig. Varför-frågan och vändpunkten utgör lidandeberättelsens konfiguration, liksom artikuleringen av dess poäng. Genom artikuleringen av berättelsens poäng och reflektionen över den, blir den tillägnelse som leder till ny-figuration möjlig. Ricoeur menar enligt Kemp (1999) att *mimësis*processen är en cirkel, som precis som den

hermeneutiska cirkeln kan bli en ond cirkel. Den mimetiska cirkeln rör sig mellan tid och berättande, och när den är en god cirkel vänder den tillbaka till den tidsliga handlingsvärlden (praxis) men med en ny förståelse (ny-figuration). Men om berättelsen så att säga ”gör våld” på verkligheten så att den uppfattas på ett sätt som inte håller för en kritisk prövning, utan endast bekräftar de antaganden den bygger på, skapas en nedbrytande cirkel. Ett sådant förlopp bygger upp en ”låtsasvärld” som inte har någon verklig relation till tiden. Tiden i förhållande till lidande diskuteras av Wiklund (2000) som menar att för att erfara lidande måste hotet mot människans värdighet förstås i relation till det förflutna och/eller framtiden. Människan kan avskärma sig från lidandet genom att lösgöra sig från tiden, vilket innebär att lidandet inte upplevs som ett lidande utan får karaktären av lösryckta händelser. Genom relationen till en annan människa finns möjlighet till förankring i tiden och möjlighet till bekräftelse av lidandet och därmed lindring. Wiklund (2000) diskuterar tiden som en enhet bestående av ett förflutet, ett nu och en framtid. Enligt Kemp (1999) så menar Ricoeur att tiden i en berättelse kan förstås på tre olika sätt: existentiell tid, kosmologisk tid och slutligen historisk tid. Den existentiella tiden (Heidegger, 1981) förstås som en ändlig tid där döden utgör slutpunkten. Medan den kosmologiska tiden, astronomernas och fysikernas tid, sträcker sig i oändlighet. För att förena dessa till synes oförenliga tidsuppfattningar introducerar Ricoeur (Kemp, 1999) tanken om en historisk tid. I ljuset av Ricoeurs gestaltning av tiden i tre storheter, förstår jag ”brottet” med den historiska eller narrativa tiden som det Wiklund (2000) avser med att lösgöra sig från tiden. De ”lösryckta händelser” hon talar om kan därmed förstås som antingen det ”ögonblick” som den existentiella tiden innebär, eller den ”tidpunkt” som den kosmologiska tiden fastställer. Men för att människan skall uppleva förankring, eller snarare identitet, behövs ett narrativt och kommunikativt moment som förmår bygga en bro över den tillsynes överstigliga klyftan mellan den existentiella och kosmologiska tiden.

Konklusionen er, at *den tredje tid* er en fortalt tid. Og for så vidt denne tid etablerer en sammenhæng mellem den endlige tid, som vi dødelige mennesker erfarer i *Sorge* (som Heidegger siger), og den kosmologiske tid, der ser ud til at forløbe uden omsorg for os eller noget andet, og for så vidt den derved bygger bro over kløften mellem de to kulturer og deres forskellige holdninger til tiden, virkeliggør den en forsoning, der ikke blot er teoretisk, men dybest set etisk (Kemp, 1999, s. 158).

Utgående från detta resonemang skulle det vara den narrativa kommunikationen med en annan människa som förankrar människan i tiden. Annorlunda uttryckt genom att berätta och lyssna till berättelser om sitt liv skapar människan identitet. I det vårdande samtalet innebär detta inte endast en villighet att lyssna till patientens berättelse om sitt lidande, utan djupast sett en etisk fordran att ge utrymme för patienten att berätta om sitt liv, eller annorlunda uttryckt att relatera sitt lidande till tiden.

Teorin i förhållande till fortsatt forskning

I översikten av teorin för det vårdande samtalet (tabell 10, s. 71) klargörs studiens kunskapsbehållning, men även var det finns luckor i kunskapen. Teorin har därmed inte enbart givit en förståelse för det vårdande samtalet, den har också genererat nya forskningsfrågor. Det som framstår som ett logiskt nästa steg i teorins utveckling, och som redan berörts, är att pröva den i klinisk praxis och därmed få argument för eller emot dess giltighet. Jag känner emellertid en viss tveksamhet inför rena empiriska prövningar med pre-test och post-test och randomiserad design. Anledningen till detta är inte att jag tror att teorin inte klarar dem, utan snarare att det inte ger något kunskapstillskott. Syftet med ovanstående design är att komma fram till vilken *metod* som ger bäst resultat. Det förutsätter i så fall att det vårdande samtalet uppfattas som en metod som kan genomföras på ett, helst exakt, likartat sätt av alla vårdare. Detta förutsätter i sin tur en syn på lidande som ett exakt tillstånd som yttrar sig på ett likartat sätt hos alla människor. Om de två ovanstående förutsättningarna uppfattas som sanna vore en studie med ovanstående design det enda rätta. Emellertid har föreliggande studie visat att det vårdande samtalet inte är någon metod som genomförs på ett likartat sätt oberoende av vem eller vilka som samtalar, inte heller att lidande kan uppfattas som ett exakt tillstånd. Detta betyder emellertid inte att teorin inte skall utsättas för hårdhänt prövning och kritisk granskning. Tvärt om är det just i mötet med den kliniska praxisen, patienten, den hela levande människan, som teorin kan prövas. Men utgångspunkterna för denna prövning behöver ligga i linje med den epistemologiska bas från vilken teorin utvecklats.

När det gäller den narrativa aspekten så framstår de handlingar (plots) liksom fasaderna som beskrivits som ett område där det finns mer att veta. Man frågar sig om det i andra

kontext utformas andra handlingar och andra fasader, eller är fasaden något som endast finns i den psykiatriska vårdkontexten? Hur ser vårdares berättelser om samtal ut? Som ett alternativ till longitudinella studier kunde man retrospektivt studera vårdares och patienters berättelser om vårdande samtal i en komparativ studie. I föreliggande studie har fokus varit på lidande, men hur ser hälsoberättelsen ut, eller är det som ordspråket säger att "hälsan tiger still"? Det skulle vara intressant att studera lidandeberättelser i vårdande samtal i andra kontext, ett sådant där lidandet är påtagligt är inom cancervården (jfr Öhlén, 2001). En sådan studie innebär emellertid stora forskningsetiska utmaningar.

I den relationella aspekten framstår avslutningen av relationen som ett område inom vilket teorin ger mindre vägledning. Är det så att relationen avslutas, eller upphör den i och med att berättelsens poäng artikuleras och gestaltats i en ny-figuration? Här skulle det vara intressant att inhämta patienters syn på detta. Som framhållits i delstudie (IV) så kan man inte studera relaterandet med endast ljudbandsinspelningar av samtal, men dagens enkla och förhållandevis billiga videoteknik ger här möjligheter. Problemen och utmaningarna ligger inte på det tekniska planet, utan snarare på hur man skall kunna metodiskt hantera all data.

I förhållande till den etiska aspekten framstår vårdarens rädsla att ta ansvar och våga gå in i ett samtal med patienten om dennes lidande som problematisk, vilket flera studier i litteraturöversikten pekade på. Man frågar sig om detta förhållande beror på bristande kompetens, eller om det beror på en känsla av att inte ha autonomi. Delstudie (IV) visade att sjuksköterskorna som deltog i studien i hög utsträckning kunde ta ansvar för samtalet. Detta kan emellertid bero på att psykiatrisjuksköterskan i större utsträckning är tränad för att självständigt möta patienter i samtal. Föreliggande studie ger inga direkta svar på vilken kompetens som är nödvändig för att genomföra ett vårdande samtal, men teorin ger ändå en viss vägledning för de som skall utforma läroplaner.

I relation till den systematiska vårdvetenskapen så är det, som redan diskuterats, framför allt utveckling av begreppet 'kommunikation' som aktualiserats. Förutom detta så finns även en viss oklarhet omkring hur begreppen 'lidande', 'skam' och 'skuld' förhåller sig till varandra. I föreliggande studie sågs 'skam' som något inifrån kommande och

lidandet som något som kommer utifrån. Jag tror att begreppen 'utifrån' och 'inifrån' är alltför förenklade. Skam, t ex är ju per definition något som kommer av att bli sedd, dvs något som också kommer utifrån. Är skam och skuld känslor som är relaterade till lidande, eller är dom former av lidande? Som vi har sett skäms patienter ibland över sitt lidande, är det inte i så fall en tautologi att se skam som lidande, då patienten skulle sägas lida av sitt lidande?

Slutsatser

Ett vårdande samtal mellan en vårdare och en patient är en helhet som kan beskrivas i tre aspekter: en relationell, en narrativ och en etisk. Den nya förståelsen för det vårdande samtalet som ett kliniskt vårdvetenskapligt begrepp kan utgående från föreliggande studie sammanfattas i följande slutsatser:

- Den relationella aspekten gestaltas i en förbindelse som präglas av med-varo, lyssnande och beröring. Förbindelse skapas genom vårdarens gåva av sin närvaro, och patientens inbjudan att dela sin värld och därmed sitt lidande.
- Den narrativa aspekten gestaltas i samtalet som patientens berättelse om sitt lidande. Lidandeberättelsen tar sin början i den fasad som skyddar patienten mot lidande och skam. Frågan om varför patienten lider banar vägen både för en ny förståelse av fasaden och också för upplevelsen av en vändpunkt när fasadens skydd överges, vilket leder till en upplevelse av mening-i-lidandet. Artikuleringen av berättelsens poäng, mening-med-lidandet gestaltar en ny tolkning och förståelse för de förhållanden som rådde vid berättelsens början.
- Den etiska aspekten gestaltas i en relation som på grund av patientens lidande och vårdarens medlidande är asymmetrisk, men omfattar en ömsesidig respekt. Genom *caritas* skapar vårdaren ett utrymme där patienten kan (åter)upprätta sin självaktning, autonomi och sitt ansvar och därmed skapa möjligheter för ett gott liv.

- Genom kommunikation i betydelsen (åter)upprättande av gemenskap, som uppfattas som det på ontologisk nivå vårdande i samtalet, kan patientens lidande lindras och en förankring i tiden göras möjlig.

SUMMARY

The caring conversation

Lennart Fredriksson

Keywords: caring, communication, conversation, hermeneutics, narratives, psychiatric nursing, suffering.

Background

The ability of the health care system to diagnose and cure is larger than ever today, but there is not a diagnosis or a cure for everything. In the present study, suffering is not only understood as illness. Three forms of suffering are considered: suffering caused by illness and its treatment, suffering that relates to existence itself, and suffering caused by care. A patient experiencing suffering will at some point ask: why is this happening to me and why does it have to happen right now? When addressing these questions, which have no clear cut answers, the patient needs a partner who is willing to listen and to become engaged in the struggle for meaning. In the present study this relational meeting of persons, one struggling with suffering and one trying to alleviate it, is labelled a caring conversation.

In the clinical domain the conversation between nurse and patient has to some extent been reduced to a method with the aim of obtaining knowledge about the patient's problems and needs. The conversation which is based upon a linear coding model of communication has become a mere "tool" to transmit information. This is visible in caring and nursing research in the field of communication where how to give information to the patient in the most effective way is an area of paramount interest. The conversation between nurse and patient is then at risk of being degraded to a technique that can be taught in a few easy lessons. In the literature, we frequently read reports about patients who are being communicatively mistreated. It is brought to our attention that nurses' communication with patients is shallow and superficial. It seems clear that the development of strategies and knowledge in this area needs to shift its focus from communication as a technique of exchanging information to conversation as the

relational meeting of persons. Such a change of focus implies challenges to current research.

Theoretical perspective and preunderstanding

The study takes its point of departure in a caring science paradigm and its explicit theoretical perspective. This perspective is rooted in K. Eriksson's caritative theory. The *caritas* motive, the basic motive of caring, is rooted in human love and compassion. The leading idea of caring is to alleviate human suffering and to preserve and safeguard the lives and health of persons. The *caritas* motive concurrently expresses the basic values of caring science and serves as an ethical foundation of caring articulated in a respect for the absolute dignity of the human being.

Suffering is understood, ontologically, as a 'drama' with three acts: confirmation of suffering, being in suffering, and becoming in suffering. In the clinical context the first act is shaped by the extent to which the nurse is able to confirm the patient's suffering. The second act consists of the nurse's ability to give the patient time and space to suffer, and to stay with him/her and share the suffering. The third act, becoming, can lead to reconciliation where suffering is part of a new wholeness, but it can also lead to disappointment for not having been received and confirmed. The drama of suffering can be structured according to four narrative plots: the romance, the tragedy, the comedy and the satire. In the romantic drama, pleasure gives one strength to struggle and defeat suffering. Tragedy means that withdrawal from suffering gives a temporary rest from the struggle. The satire is characterized as a competition between shame and dignity, as the sufferer does not reconcile him/herself with aspects of self that are considered shameful. In the comedy, reconciliation takes place as one is able to confront discomfort, shame and fear of rejection.

Suffering can be alleviated in a relation which is characterised by responsibility and a wish to do good. The relation between patient and nurse, especially in psychiatric care, is seen as the basic structure that shapes caring. In this relation the patient is viewed as a unique human being, an entity that comprises body, soul and spirit.

Aim of the study

The aim of the study is to develop, from a caring science perspective, a theory for the caring conversation, especially as it takes place in psychiatric care. The intention is to develop knowledge in the field of clinical caring science about how conversations between nurses and patients can alleviate suffering. The aim gives rise to a broad research question:

- What is a caring conversation as portrayed in the psychiatric context?

This in turn paves the way for the following research questions:

1. What is the essence and meaning of the caring conversation, i.e. how can we get a deeper understanding of what makes it possible to say that a caring conversation is going on between a patient and a nurse? (article I)
2. How are presence, touch and listening described in qualitative caring science studies and how can they be related to each other in a caring conversation? (article II)
3. How are narrative and understanding/meaning described in qualitative caring science studies and how can they be related to each other in a caring conversation? (article III)
4. What do patients' narratives about suffering look like and how are the narratives structured when expressed in a conversation? (article IV)
5. What are the ethical foundations for a caring conversation? (article V)

Implementation of the study

The research has been implemented in the form of five studies, which are published in peer reviewed journals. The findings arrived at in the five studies form the basis for the theory of how a caring conversation may be interpreted. The theory consists of three aspects of a caring conversation: the narrative, the relational, and the ethical, which are investigated in the studies.

The first study (I) had a hermeneutic phenomenological approach. It described the caring conversation as it was depicted by patients and nurses in interviews. The respondents were three psychiatric nurses and three patients who participated in a total

of 19 interviews. This study formed the starting point for the delineation of the three aspects. The second study (II) was devoted to the relational aspect of the conversation. It was an interpretative research synthesis of the concepts presence, touch and listening. The material which was analysed in the study was gathered in caring and nursing journals and anthologies and consisted of 28 articles. The third study (III) dealt with the narrative aspect by performing an interpretative research synthesis of the concepts narrative, story, meaning and understanding. The material analysed in this study was gathered in caring and nursing journals and anthologies and consisted of 23 articles. The fourth study (IV) examined psychiatric patients' narratives about suffering. The respondents were eight patients and three psychiatric nurses engaged in paired, audio taped, conversations. The conversations were transcribed and analysed using a hermeneutic approach inspired by Ricoeur. The fifth study (V) dealt with the ethical aspect of the conversation and is an analysis of the ethical foundation of a caring conversation in the light of Paul Ricoeur's ethics.

Findings

An overview of the main finding, a theory for the caring conversation, is provided in table 11. The table gives an overview of the three aspects including the various concepts that forms them and their interconnections. The plot of the narrative about suffering and its chronology structures how the theory is presented. The table (table 11) should not be understood as a linear process, but rather it should be seen as an open hermeneutic circle. This means that the patient's and the nurse's understanding of the patient's narrative of suffering develops through repeated telling and several interpretations of the plot.

The narrative about the façade, the first part of the plot, is a story about a façade that has been constructed for two purposes: to keep the patient's suffering concealed for others as well as for the patient him/herself. Through this double function the façade protects the patient from suffering but it also causes suffering, as the patient is cut off from others as well as from vital parts of him/herself. The façade also serves as a protection against shame aroused by feelings such as not being wanted or worth loving. The façade thereby becomes a protective shield against the pain from a symbolic wound created from the outside (suffering) as well as a wound created from the inside (shame). In the present study four different façades were found: the victim, the alone and strong, the

invisible and the resigned. In the relational aspect the nurse can create a presence by listening, touch and being-with the patient. This is a gift of self to the patient, which paves the way for an encounter without roles or learned retorts. When the patient can answer this gift with an invitation, a connection is created in which the patient can share his/her world with the nurse.

The narrative aspect		The relational aspect		The ethical aspect	
Patient	Nurse	Patient	Nurse	Patient	Nurse
The narrative about suffering Façades: "the victim" "alone and strong" "the invisible" "the resigned"	The narrative about caring ¹	Contact ² Being-with Invitation	Listening Touch Being-with Gift of self	Asymmetry Passivity Suffering Mutuality	Asymmetry Activity Compassion Mutuality
The why-question	↓	Connection Main character in the narrative	Connection Help the patient find an autonomous voice	Respect Responsibility-guilt	Respect Autonomy Responsibility
The turning point Meaning-in-suffering	↓	Opens up for relations Dares ask for help	↓	Struggle between good and evil	Compassion Responsibility
The point of the narrative Meaning-of- suffering	Witness	↓	↓	Activity Dignity Autonomy Responsibility Symmetry	Activity Respect Autonomy Responsibility Symmetry
COMMUNICATION					
↓	↓	↓	↓	↓	↓
ALLEVIATED SUFFERING					

¹The narrative about caring is a part of the narrative aspect which is not a focus of the present study. In study I, however, nurses' narratives as "witnesses" to patients struggle with suffering are used.

²The relation does not necessarily have to start in a contact. The patient can immediately invite the nurse.

Table 11. Overview of the theory for the caring conversation.

Because of this shift in mode of relating - from contact to connection - parts of the façade become visible as façade, and thereby the patient becomes visible as a person. In the ethical aspect the concept 'façade' is questionable, because it can be interpreted as implying a lie of some kind, a façade that conceals something. From such a point of view, the basic asymmetry between suffering and health becomes the origin of one person exercising power over another person's will. The façade, however, can also be interpreted as a front implying that there is something more behind it, i.e. that the patient is the authority on who s/he is and how s/he wants to live a healthy life. The asymmetrical relation between patient and nurse is in danger of becoming unethical if it lacks mutuality. Mutuality is visible as mutual respect, and in the relational aspect this is articulated by the nurse as a compassionate waiting for an invitation to share the patient's suffering.

The why-question, the second part of the plot, is necessary to move the plot forward and create meaning-in-suffering. In the narrative about the façade, parts of the patient's life story become visible as an historical course of events. The experiences which the façade served as a shelter from are transformed into partial answers to the why question. However, the why question also alludes to the future and what the person really wants in life. The why question, consequently, has two sides, it points backward to causes of suffering as well as forward towards hindrances to what the patient wishes, which causes suffering. At this point the construction of a narrative about suffering is possible because an answer to the question why is established as a link between the person's life history and what s/he wants in the future. At this stage the façade has cracked and become part of the why question because it has sheltered the person from suffering and it has potentially created more suffering by alienating the sufferer from what s/he really wanted. As experiences, actions and events become understandable, patients establish meaning-in-suffering. In the relational aspect focus is on preserving the patient as the main character in the narrative. It can be hard for the patient to even articulate a narrative because suffering by its nature will inflict passivity and an inability to act intentionally. Here the nurse's sensibility and ability to help the patient to find his/her autonomous voice is of paramount importance. The very recognition of the possibility for the patient to create his/her own narrative about suffering brings about a feeling of authority and autonomy. However, this does not mean that the nurse loses authority and responsibility, but rather that the patient is restored as an authority concerning

his/her experience of suffering and that this experience is important. In the ethical aspect the answer to the why-question actualises guilt. Here the patient's self-esteem becomes of significant importance. Self-esteem has its roots in the constant self-evaluation that takes place through the patient's interpretation of the vision of the "good life" and the choices made in connection with daily life. Irrespective of whether the patient blames him/her self, other persons, unpredictable events, or chance, the self-esteem is affected to some extent. A crucial aspect of self-interpretation is autonomy (the ability to choose freely), and in the shape of narrative guilt can be distributed, shared and reflected in the patient's vision of a good life.

The narrative about the turning point involves an experience of standing at a crossroad. This can be the occasion when the person gets in touch with professional care and becomes a patient in the ontological sense (one who suffers). Suffering has reached such intensity that it is experienced as unbearable. This experience is reflected as a crack in the façade, meaning that suffering can no longer be concealed from others or from the patient him/her self. Experiences withheld by the façade can thereby be brought to light and transformed into answers to the why-question. In the relational aspect the patient at the turning point opens up for relations in a new way. For the first time, maybe, the patient is able to ask for help to alleviate his/her suffering. At this point it is crucial that the patient is taken seriously, in which case a reconfiguration of the narrative about suffering is made possible. If the patient is not taken seriously, it implies that the assumption on which the façade is constructed is valid, and that a life under the shelter of the façade is the only viable alternative to unbearable suffering. However, if the patient is given time and resources the turning point can mean that the patient dares to leave the shelter of the façade and thereby becomes in touch with him/her self as well as with others. In the ethical aspect the struggle between good and evil becomes a part of the self evaluative process. At the turning point, this process can become so intense that it becomes literally a struggle between life and death. Self destructive actions and even suicide are sometimes viewed as the only possible ways out of a situation that seems hopeless. The respect and compassion of the nurse and the willingness to really become involved is a power that can balance these tendencies and preserve the patient's self-esteem. The level of suffering leads to a demand for the nurse to take responsibility for that which the patient him/her self is not able to take responsibility for.

The point or lesson to be learned, the last part of the plot, involves a description of how conditions have changed. The point thereby is connected to the other parts of the plot, and it becomes an all-embracing interpretation of them. At this level of reflection, which for some patient's can be threatening, not only is meaning-in-suffering created but also meaning-of-suffering. The ascribing of meaning-of-suffering can take place in several ways. Suffering itself is given meaning because it has triggered a developmental process. This does not mean that "the evil" itself is transformed to something "good", but rather it means that the struggle with "the evil" has brought about something "good". The point of the narrative can also be directed towards the future in the form of goals and expectations. Meaning-of-suffering is then expressed as changed preferences of how the patient wants to live his/her life. The point of the narrative is related to the façade in two ways: on the one hand suffering is what made the façade collapse, and on the other hand the façade is part of the suffering. The two-fold structure of the façade becomes fully understandable because it has both been a shelter from suffering as well as it has alienated the patient from him/her self as well as from others. The articulation of the point of the narrative thereby becomes a vital part in the restoration of the interpersonal bridge. With the destruction of the façade, genuine communication with self and with others becomes possible. This stepwise process has been made possible by the secure and open relation with the nurse. In the relational aspect the articulation of the point of the narrative means that the relation between patient and nurse is ending. By the end of the narrative in the articulation of its point and the creation of meaning-of-suffering, something is completed. The secure foundation in the caring conversations and the relation with the nurse is now transformed to a communion in being a human being among other fellow human beings, i.e. a possibility to be in touch with one self as well as with others. In the ethical aspect, finally, the articulation of the point of the narrative means that the basic asymmetry between patient and nurse is changed. The patient is no longer a patient in the ontological sense of the word. The patient is now restored as the author of his/her actions which are dictated by the new preferences for how the patient wants to live his/her life. The limitation in the ability to act intentionally that is imposed by suffering is now cancelled and when autonomy is regained, responsibility can unfold.

Reflections on implications for clinical practice and research

The theory for the caring conversation should not only be able to guide practice but should also lead to new research questions. In the clinical domain, the theory can guide nurses and other clinicians when talking to patients in suffering. A limitation of the theory is of course that it is developed primarily in a psychiatric context. However, skilled nurses should be able to make inferences from general patterns in the theory to other contexts. The caring conversation, in the ethical aspect, is a conversation in which one person through the ethos of *caritas* makes room for a suffering person to regain his/her self-esteem, and thus make possible a good life. To become engaged in a conversation with a patient in suffering demands responsibility and respect. Because of suffering the patient's ability to act or be active is impeded, and therefore the nurse is more responsible, which makes the relation asymmetrical. This asymmetry, however, is balanced through mutual respect. Nurses engaging in caring conversations can aid the patient in the construction of a narrative about suffering, and this entails 1) allowing time and space for the sufferer to tell his/her story, 2) being sensitive towards possible façades aimed at hiding suffering and shame, 3) aiding in interpreting and structuring the story so it makes possible the establishment of an answer to the question 'why', 4) having the patience to wait for the turning point, and 5) aiding in the process of interpreting the point or lesson to be learned. The nurse can in the relational aspect use listening, touch and being-with the patient to create a connection in which the sharing of the patient's experience of suffering is possible.

The main findings are summarised in an overview of the theory (table 11). Areas where more research is needed are also pointed out. Thus the theory has not only deepened the knowledge about caring conversations but it has also given rise to new research questions. In the narrative aspect there is need for knowledge about the plot structures as well as the façades. Are there other plot structures and other façades, and do plots and façades differ depending on context? In the present study the focus is on narratives about suffering, but what do narratives about health look like? In the relational aspect further research is needed about the ending of the relation when the patient has regained his/her health. Does the relation really come to an end, and what is the patient's view on this? In the ethical aspect the nurses' autonomy can be questioned. Are all nurses prepared to take responsibility for the relation with a suffering patient? Are psychiatric

nurses better prepared to talk with patients about suffering than other nurses? What kind of education and training are needed when talking with patients about their suffering?

Conclusions

The caring conversation is a conversation between patient and nurse, a unity that consists of three aspects: the relational, the narrative, and the ethical. The new understanding of the caring conversation as a clinical caring science concept that has emerged in the present study is summarised in the following theses:

- The relational aspect is a connection between patient and nurse which implies presence as being-with, listening and touch. Such a connection is created by the nurse's gift of self and the patient's invitation to share his/her world and suffering.
- The narrative aspect in the conversation is shaped by the patient's narrative about suffering. The narrative starts with the story about the façade by which the patient protects him/her self from suffering and shame. The question why the patient suffers paves the way for a new understanding of the façade and an experience of a turning-point at which the shelter of the façade is abandoned, which in turn creates an experience of meaning-in-suffering. The articulation of a point or lesson to be learned, the meaning-of-suffering, shapes a new interpretation and understanding of the circumstances at the beginning of the narrative as well as new preferences of how the patient wants to live his/her life.
- The ethical aspect is formed in a relation in which the patient's suffering and the nurse's compassion is asymmetrical, but where mutual respect is also present. Through *caritas*, the nurse creates a space for the patient to restore his/her self-esteem, autonomy and responsibility and thereby to create the necessary prerequisites for a good life.
- At the ontological level, caring is seen as communication in the sense of (re)storation of communion, through which suffering is alleviated and an anchoring in time is made possible.

LITTERATUR

- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- American Psychological Association. (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (Fifth Edition). Washington, DC: Author.
- Aronson, S. (1948). *Sång till Polstjärnan: noveller*. Stockholm: Norstedts.
- Asplund, K. (1991). The experience of meaning in the care of patients in the terminal stage of dementia of the Alzheimer type. Interpretation of non-verbal communication and ethical demands (Doktorsavhandling, Umeå universitet, 1991).
- Baker, C., & Diekelmann, N. (1994). Connecting Conversations of Caring: Recalling the Narrative to Clinical Practice. *Nursing Outlook*, 42 (2), 65-70.
- Bengtsson, J. (1991). *Den fenomenologiska rörelsen i Sverige. Mottagande och inflytande 1900-1968*. Göteborg: Daidalos.
- Bengtsson, J. (1993). *Sammanflätningar. Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi*. Göteborg: Daidalos.
- Benktson, B-E. (1983). *Varat och tiden. Introduktion till Martin Heideggers tänkande*. Lund: Liber förlag.
- Björvell, C. (1995). *Sjuksköterskans journalföring – en praktisk handbok*. Lund: Studentlitteratur.

- Blom, U-L., Bogren, L., Lindmark, J., Pettersson, S., Stefansson, C-G., & Strand, B. (1994). *Verksamhetsberättelser för psykiatrin. En metod att beskriva och granska psykiatrisk verksamhet* (SPRI rapport 372). Stockholm: Spris förlag.
- Blom, U-L., Lindmark, J., Stefansson, C-G., & Strand, B. (1994). *Verksamhetsberättelser för psykiatrin. Introduktion* (SPRI rapport 373). Stockholm: Spris förlag.
- Bondas, T. (2000). Att vara med barn. En vårdvetenskaplig studie av kvinnors upplevelser under perinatal tid (Doktorsavhandling, Åbo Akademi, 2000).
- Bowles, N., Mackintosh, C., & Torn, A. (2001). Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 347-354.
- Boykin, A., & Shoenhofer, S.O. (1991). Story as link between nursing practice, ontology, epistemology. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23, 245-248.
- Brazier, H., & Begley, C.M. (1996). Selecting a database for literature searches in nursing: MEDLINE or CINAHL? *Journal of Advanced Nursing*, 24, 868-875.
- Burnham, J., & Shearer, B. (1993). Comparison of CINAHL, EMBASE and MEDLINE Databases for the Nurse Researcher. *Medical Reference Services Quarterly*, 12 (3), 45-56.
- Candlin, S. (1992). Communication for nurses: implications for nurse education. *Nurse Education Today*, 12, 445-451.
- Cassell, E.J. (1991). Recognizing Suffering. *Hastings Center Report*, 21 (3), 24- 31.
- Chan, A., & Woodruff, R.K. (1997). Communication with Patients with Advanced Cancer. *Journal of Palliative Care*, 13 (3), 29-33.

- Chinn, P.L., & Kramer, M.K. (1991). *Theory and Nursing - a systematic approach*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Claris-Verhallen, W.M.C.M., de Gruijter I.M., Kerkstra, A., & Bensing J.M. (1999). Factors related to nurse communication with elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1106-1117.
- Claris-Verhallen, W.M.C.M., Kerkstra, A., & Bensing, J.M. (1997). The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 915-933.
- Claris-Verhallen, W.M.C.M., Kerkstra, A., & Bensing, J.M. (1999). Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 808-818.
- Clayton, G.M., Murray, J.P., Horner, S.D., & Greene, P.E. (1991). Connecting: a catalyst for caring. I P.L. Chinn (Red.), *Anthology of caring* (s.155-168). New York: National League for Nursing.
- Cutcliffe, J.R., & McKenna, H.P. (1999). Establishing credibility of qualitative research findings: the plot thickens. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 374-380.
- Damgaard, I., & Nørrelykke, H. (2000). *Det personliga samtalet – en introduktion*. Stockholm: Liber.
- Edlund, M. (2002). Människans värdighet – ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen (Doktorsavhandling, Åbo Akademi, 2002).
- Emrich, K. (1989). Helping or Hurting? Interacting in the Psychiatric Milieu. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27 (12), 26-29.

Engdahl, H., Holmgren, O., Lysell, R., Melberg, A., & Olsson, A. (1977). *Hermeneutik*. Stockholm: Rabén & Sjögren.

Eriksson, K. (1987a). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1987b). *Pausen. En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1988). *Vårdvetenskap som disciplin, forsknings- och tillämpningsområde* (Vårdforskningar 1/1988). Finland, Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.

Eriksson, K. (1990). *Pro Caritate. En lägesbestämning av caritativ vård* (Vårdforskningar 2/1990). Finland, Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.

Eriksson, K. (1991). Att lindra lidande. I Eriksson K., & Barbosa da Silva A. (Red.). *Vårdteologi* (Vårdforskningar 3/1991). Finland, Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.

Eriksson, K. (Red). (1993) *Möten med lidanden* (Vårdforskning 4/1993). Finland, Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (1997a). Understanding the World of the Patient, the Suffering Human Being: The New Clinical Paradigm from Nursing to Caring. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3 (1), 8-13.

Eriksson, K. (1997b). Perustutkimus ja käsiteanalyysi. Teoksessa M. Paunonen, & K. Vehviläinen-Julkunen (Red.), *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka* (s. 50-75). Juva: WSOY.

- Eriksson, K. (2001). *Vårdvetenskap som akademisk disciplin* (Vårdforskning 7/2001). Finland, Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
- Eriksson, K. (2002). Caring Science in a New Key. *Nursing Science Quarterly*, 15 (1), 61-65.
- Eriksson, K., & Herberts, S. (1993). Lidande - en begreppsanalytisk studie. I K. Eriksson (Red), *Möten med lidanden* (Vårdforskning 4/1993) (s. 29-54). Finland, Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
- Eriksson, K., & Lindström, U.Å. (Red.). (2000). *Gryning. En vårdvetenskaplig antologi*. Vasa: Multiprint Oy.
- Faulkner, A. (1995). *Det professionella samtalet*. Falköping: Liber Utbildning AB.
- Fawcett, J. (1989). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis company.
- Fogel, A. (1993). *Developing through Relationships. Origins of communication, self, and culture*. The University of Chicago Press.
- Frank, A.W. (1995). *The Wounded Storyteller*. Chicago University Press.
- Frid, I., Öhlén, J., & Bergbom, I. (2000). On the use of narratives in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 695-703.
- Gadamer, H-G. (1977). *Philosophical Hermeneutics*. Berkeley: University of California Press.
- Gadamer, H-G. (1989). *Truth and Method*. New York: Continuum. (Tyska originalets titel: Wahrheit und Methode, 1960)

- Garvin, B.J., & Kennedy, C.W. (1990). Interpersonal Communication between Nurses and Patients. *Annual Review of Nursing Research*, 8, 213-234.
- Hall, E.O.C. (1997). Four Generations of Nurse Theorists in the U.S. *Vård i Norden*, 17 (2), 15-23.
- Halldórsdóttir, S. (1996). Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care – Developing a Theory (Doktorsavhandling, Linköpings universitet, 1996).
- Halldórsdóttir, S. (2001). Theory development in nursing science in scandinavia from an ethical point of view. I E. Hamrin, M. Lorensen, & G. Östlinder (Red.), *Teoriutveckling inom sykepleievitenskap/Omvårdnadsvetenskap/Vårdvetenskap i Norden* (s. 35-42). Vårdalstiftelsen: Stockholm.
- Hammarlund, C-O. (2001). *Bearbetande samtal: krisstöd, debriefing, stress- och konflikthantering*. Stockholm: Natur och kultur.
- Hartrick, G. (1997). Relational capacity: the foundation for interpersonal nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 523-528.
- Hartrick, G. (1999). Transcending Behaviorism in Communication Education. *Journal of Nursing Education*, 38 (1), 17-22.
- Heidegger, M. (1981). *Varat och tiden*. Lund: Doxa. (Tyska originalets titel: Sein und Zeit, 1927)
- Helenius, R. (1990). *Förstå och bättre veta. Om hermeneutiken i samhällsvetenskaperna*. Stockholm: Carlssons bokförlag.
- Hellström, O. (1998). Dialogen lika viktig som diagnosbaserade åtgärder. *Läkartidningen*, 95, 2839-2842.

- Hellström, O. (1999). Patienten som person. Om mening och dialog i allmänmedicinsk praktik. (Doktorsavhandling, Umeå universitet, 1999).
- Hewison, A. (1995). Nurses power in interactions with patients. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 75-82.
- Husserl, E. (1989). *Fenomenologins idé*. Göteborg: Daidalos.
- HSFR. (1990). *Forskningsetiska principer för humaniora och samhällsvetenskap*. Stockholm: Humanistisk- samhällsvetenskapliga forskningsrådet.
- ICN. (2000). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses.
- Jarret, N., & Payne, S. (1995). A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patient's contribution been neglected? *Journal of Advanced Nursing*, 22, 72-78.
- Kasén, A. (2002). Den vårdande relationen (Doktorsavhandling, Åbo Akademi, 2002).
- Kaufman, G. (1992). *Shame – The power of caring*. Rochester: Schenkman Books.
- Kemp, P. (1999). *Tid och fortælling. Introduktion till Paul Ricoeur*. Aarhus Universitetsforlag.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- Koort, P. (1975). *Semantisk analys, konfigurationsanalys – två hermeneutiska metoder*. Lund: Studentlitteratur.

- Kristensson-Uggla, B. (1994). *Kommunikation på bristningsgränsen. En studie i Paul Ricoeurs projekt*. Stockholm: Symposion.
- Kruijver, I.P.M., Kerkstra, A., Bensing, J.M., & van de Wiel, H.B.M. (2000). Nurse-Patient Communication in Cancer Care. *Cancer Nursing*, 23 (1), 20-31.
- Kruijver, I.P.M., Kerkstra, A., Bensing, J.M., & van de Wiel, H.B.M. (2001). Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 772-779.
- Kunyk, D., & Olson, J.K. (2001). Clarification of conceptualizations of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 317-325.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. I B. Starrin & P-G. Svensson (Red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (s. 163-207). Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, G., & Starrin, B. (1990). Relationships Between Person Characteristics, Empathy, Content of Communication, and Patients' Emotional Reactions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 3, 129-135.
- Leppanen Montgomery, C. (1993). *Healing Through Communication-The Practice of Caring*. Newbury Park: Sage Publications.
- Lévinas, E. (1990). *Etik och oändlighet. Samtal med Philippe Nemo*. Stockholm/Lund: Symposion Bokförlag.

- Lindholm, L. (1998). Den unga människans hälsa och lidande (Doktorsavhandling, Åbo Akademi, 1998).
- Lindholm, L., & Eriksson, K. (1993). To understand and to alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1354-1361.
- Lindström, U.Å. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. Falköping: Liber. (originalet publicerat 1987).
- Lindström, U.Å. (1997). Psykiatrisk vård ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. I J.K Hummelvoll & U.Å. Lindström (Red.), *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad* (s. 58-69). Studentlitteratur: Lund.
- Meleis, A. (1991). *Theoretical nursing: Development & progress*. Philadelphia: J.B Lippincott.
- Morse, J.M., Bottorff, J., Anderson, G., O'Brien, B., & Solberg, S. (1992). Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 809-821.
- Morse, J.M., & Carter, B. (1996). The Essence of Enduring and Expressions of Suffering: The Reformulation of Self. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 10 (1), 43-60.
- Nordenfelt, L. (1979). *Kunskap, värdering, förståelse*. Malmö: Liber.
- Northouse, P., & Northouse, L. (1998). *Health communication: strategies for health professionals*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Nåden, D. (1999). *Når sykepleie er kunstutøvelse. En undersøkelse av noen nødvendige forutsetninger for sykepleie som kunst*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Nåden, D., & Braute, E. (1992). *Fenomenologisk-Hermeneutisk tillnærming - i sjukepleieforskning*. Tøyen: Universitetsforlaget.
- Okuma, E. (1994). Selecting CD-ROM databases for nursing students: a comparison of MEDLINE and the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). *Bulletin of the Medical Library Association*, 82, 25-29.
- Palmer, R.E. (1969). *Hermeneutics. Interpretation Theory in Schleiermecher, Dilthey, Heidegger, and Gadamer*. Evaston: Northwestern University Press.
- Paterson, J.G., & Zderad, L.T. (1988). *Humanistic Nursing*. New York: National League for Nursing. (originalet publicerat 1976)
- Paulson, M. (2002). The meaning of living with pain of fibromyalgia type as narrated by affected men, their partners, nurses and physicians (Doktorsavhandling, Umeå Universitet, 2002).
- Paxton, R., Rhodes, D., & Crooks, I. (1988). Teaching nurses therapeutic conversation: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 401-404.
- Peplau, H.E. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing. A conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: The Macmillan Press. (originalet publicerat 1952)
- Popper, K.R. (1997). *Popper: kunskapsteori, vetenskapsteori, metafysik, samhällsfilosofi / Karl R. Popper; i urval av David Miller*. Stockholm: Thales.
- Ptacek, J.T., & Eberhardt T.L. (1996). Breaking Bad News. A Review of the Literature. *JAMA*, 276, 496-502.
- Rasmussen, B.H. (1999). In pursuit of a meaningful living amidst dying: Nursing practice in a hospice (Doktorsavhandling, Umeå universitet, 1999).

- Reynolds, W.J., Scott, B., & Jessiman, W.C. (1999). Empathy has not been measured in clients' terms or effectively taught: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1177-1185.
- Rhensfeldt, A. (1999). Mötet med patienten i ett livsavgörande skeende (Doktorsavhandling, Åbo Akademi 1999).
- Ricketts, T. (1996). General satisfaction with nursing communication on an adult psychiatric ward. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 479-487.
- Ricoeur, P. (1982). *Hermeneutics and the human sciences*. Cambridge University Press.
- Ricoeur, P. (1991). *From text to action - essays in hermeneutics II*. London: The Athlone Press.
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as Another*. The University of Chicago Press.
- Rogers, M. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis company.
- Sachs, L. (1992). Lidande som kommunikation - ett mänskligt fenomen sett i sitt kulturella sammanhang. I K. Kallenberg (Red.), *Lidandets mening* (s. 124-137). Stockholm: Natur och kultur.
- Severinsson, E.I., & Lützén, K.I. (1999). Time- and task-oriented communication in the psychosocial care of patients with chronic illness. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8, 143-152.
- Sharp, K. (1998). The case for case studies in nursing research: the problem of generalization. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 785-789.

Sihvonen, M., Käyhkö, K., & Kekki, P. (1989). Factors Influencing the Patient- Provider Relationship. *Vård i Norden*, 15 (2), 4-9.

Sivonen, K. (2000). Vården och det andliga. En bestämning av begreppet 'andlig' ur ett vårdvetenskapligt perspektiv (Doktorsavhandling, Åbo Akademi 2000).

Skott, C. (2001). Caring Narratives and the Strategy of Presence: Narrative Communication in Nursing Practice and Research. *Nursing Science Quarterly*, 14, 249-254.

Strandberg, G. (2002). Beroende av vård. Innebörden av fenomenet som det visar sig genom patienters, deras anhörigas och vårdares berättelser (Doktorsavhandling, Umeå universitet, 2002).

Sundin, K. (2001). Sense of 'understanding and being understood' in the care of patients with communication difficulties (Doktorsavhandling, Umeå universitet, 2001).

Svärdson, Å. (1999). Empati och samspel: studier ur ett sjuksköterskeperspektiv (Doktorsavhandling, Lärarhögskolan Stockholm, 1999).

Söderlund, M. (1998). "En mänsklig atmosfär". Trygghet, samhörighet och gemenskap – God vård ur ett patientperspektiv (Doktorsavhandling, Uppsala universitet, 1998).

Sørli, V. (2001). Being in ethically difficult care situations. Narrative interviews with registered nurses and physicians within internal medicine, oncology and paediatrics (Doktorsavhandling, Umeå universitet, 2001).

Talseth, A-G. (2001). Psychiatric care of people at risk of committing suicide. Narrative interviews with registered nurses, physicians, patients and their relatives (Doktorsavhandling, Umeå universitet, 2001).

- Teasdale, K. (1993). Information and anxiety: a critical reappraisal. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1125-1132.
- Thornquist, E. (2001). *Kommunikation i kliniken*. Lund: Studentlitteratur.
- Walker, L.O., & Avant, K.C. (1988). *Strategies for theory construction in nursing*. East Norwalk: Appleton & Lange.
- van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. Ontario: The Althouse Press.
- Warnke, G. (1995). *Hans-Georg Gadamer. Hermeneutik, tradition, förnuft*. Göteborg: Daidalos.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science and Human Care*. New York: National League for Nursing.
- Watson, M.M., & Perrin, R. (1994). A comparison of CINAHL and MEDLINE CD-ROM in four allied health areas. *Bulletin of the Medical Library Association*, 82, 214-220.
- Wiklund, L. (2000). *Lidandet som kamp och drama (Doktorsavhandling, Åbo Akademi 2000)*.
- Wiklund, L., Lindholm, L., & Lindström, U.Å. (2002). Hermeneutics and narration: a way to deal with qualitative data. *Nursing Inquiry*, 9, 114-125.
- Wilde, M.H. (1997). The Caring Connection in Nursing: A Concept Analysis. *International Journal for Human Caring*, 1 (1), 18-24.
- von Wright, G.H. (1993). *Explanation and Understanding*. New York: Cornell University Press.

Wright, B.A. (1998). Communication as Support for the Person with Cancer. *Nursing Review*, 2, 50-51.

Wächter, A. (2001). *Samtal pågår*. Lund: Studentlitteratur.

Wärnå, C. (2002). *Dygd och hälsa* (Doktorsavhandling, Åbo Akademi 2002).

Younger, J. (1995). The Alienation of the Sufferer. *Advances in Nursing Science*, 17 (4), 53-72.

Zimsen, K. (1998). *Samtal som verktyg : en introduktion i samtalsteknik*. Stockholm: Prisma.

Åkerberg, H. (1986). *Hermeneutik och pedagogisk psykologi*. Stockholm: Norstedts.

Ödman, P-J. (1988). *Tolkning, förståelse, vetande. Hermeneutik i teori och praktik*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Öhlén, J. (2001). *Lindrät lidande. Att vara i en fristad – berättelser från palliativ vård*. Nora: Nya Doxa.

Etymologiska ordböcker

Allén, S. (Red.). (1996). *Nationalencyklopedins ordbok (NEO)*. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker. (band I-III)

Hellquist, E. (1948). *Svensk etymologisk ordbok*. Lund: C.W.K. Gleerups förlag.

Ordbok över Svenska Språket utgiven av Svenska Akademien (14:de bandet, Ked-Kralla). (1937). P.H. Lindstedts universitetsbokhandel: Lund.

Ordbok över Svenska Språket utgiven av Svenska Akademien (24:de bandet, S-Segmentera). (1965). P.H. Lindstedts universitetsbokhandel: Lund.

Wessén, E. (1968). *Våra ord – kortfattad etymologisk ordbok*. Stockholm: P.A. Norstedt & Söner.

Ordböcker

Collinder, B. (1983). *Stora ordboken-svensk ordnyckel*. Höganäs: Bra böcker förlag.

Dalin, A.F. (1850-55). *Ordbok öfver svenska språket*. Stockholm: Norstedts. (fotografisk reproduktion, 1964)

Dalin, A.F. (1968). *Svenska språkets synonymer* (6:e upplagan). Stockholm: J Beckmans bokförlag.

Johannison, T., & Ljunggren, K.G. (Red.). (1966). *Svensk handordbok*. Stockholm: Esselte studium.

Liungman, C.G., & Liungman, C.J. (1988). *Bernces nya synonymordbok*. Falkenberg: Bernces förlag.

Malmström, S., Györki, I., & Sjögren, P.A. (1991). *Bonniers svenska ordbok*. Stockholm: P.A. Bonnier fakta bokförlag.

Molde, B. (1977). *Illustrerad svensk ordbok*. Stockholm: Natur och kultur.

Ord för alla. (1984). Stockholm: Prisma.

Ord för ord-svenska synonymer och uttryck (2:dra upplagan). (1977). Stockholm: P.A. Norstedts & söners förlag.

Ord för ord-svenska synonymer och uttryck (4:e upplagan). (1992). Stockholm: Norstedts förlag AB.

Svenska Akademiens ordlista över svenska språket (10:e upplagan). (1974). Stockholm: P.A. Norstedt & söner.

Svenska Akademiens ordlista över svenska språket (12:e upplagan). (1998). Stockholm: Norstedts.

Strömberg, A. (1979). *Stora synonym ordboken*. Stockholm: Strömbergs.

Westin, T.H. (Red.). (1911). *Nordisk familjebok-konversationslexikon och realencyklopedi*. Stockholm: Nordisk familjeboks förlag. (band II-XXIV)

Östergren, O. (1931). *Nusvensk ordbok* (3:de bandet, H-K). Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Östergren, O. (1938). *Nusvensk ordbok* (5:de bandet, P-Sh). Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Bilaga 1

Kommunikation	Ordbok öfver svenska språket (1850-55)	Nordisk Familjebok (1911)	Nusvensk ordbok (1931)	Svensk handordbok (1966)	Svenska språkets synonymer (1968)	SAOL (1974) 10:e upplagan	Illustrerad svensk ordbok (1977)	Ord för ord (1977) 2:a upplagan	Stora synonymordboken (1979)	Stora ordboken (1983)	Ord för alla (1984)	Bernes nya synonymordbok (1988)	Bonniers svenska ordbok (1991)	Ord för ord (1992) 4:e upplagan	NEO (1996)	SAOL (1998) 12:e upplagan	Antal befintliga bindningar
Förbindelse		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
Samfärdsel		X	X		X	X	X	X		X	X	X		X		X	11
Delgivning	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X			10
Beröring	X	X	X				X	X	X					X			7
Meddelande	X	X						X	X							X	5
Meddelse						X		X		X				X			4
Att överföra information											X		X			X	3
Rapport								X	X					X			3
Kontakt								X	X					X			3
Ortförbindelse	X									X							2
Trafik				X								X					2
Samfärdsmedel				X													1
Gemenskap	X																1
Samband									X								1
Informationsutbyte									X								1
Umgänge										X							1

Bilaga 1. Synonymtablå över begreppet kommunikation.

	Kommunikation	Delgivning	Beröring	Meddelande	Samfärdsel	Förbindelse	Antal orböcker
Kommunikation	-	10	7	5	11	14	16
Delgivning	-	-	-	7*	-	-	9
Beröring	3	-	-	-	3	9	11
Meddelande	-	-	-	-	-	-	8
Samfärdsel	10	-	4	-	-	4	13
Förbindelse	9	-	8	-	5	-	11

*Synonymen var 'meddela'

Bilaga 2. Diskriminationsmatris över begreppet 'kommunikation'.

Samtal	Ordbok öfver svenska språket (1850-55)	Nordisk Familjebok (1911)	Nusvensk ordbok (1938)	Svensk handordbok (1966)	Svenska språkets synonymer (1968)	SAOL (1974) 10:e upplagan	Illustrerad svensk ordbok (1977)	Ord för ord (1977) 2:a upplagan	Stora synonymordboken (1979)	Stora ordboken (1983)	Ord för alla (1984)	Bernces nya synonymordbok (1988)	Bonniers svenska ordbok (1991)	Ord för ord (1992) 4:e upplagan	NEO (1996)	SAOL (1998) 12:e upplagan	Antal befintliga bindningar
Dialog	X		X		X		X	X	X			X		X			8
Samspråk	X		X		X		X	X	X			X		X			8
Konversation			X		X		X	X	X			X		X			7
Glam					X			X				X		X			4
Diskurs	X		X		X												3
Prat					X							X		X			3
Sladder					X				X			X					3
Resonemang					X							X			X		3
Passiar								X	X					X			3
Intervju								X	X					X			3
Kollokvium	X		X														2
Överläggning			X		X												2
Meningsutbyte			X		X												2
Ordbyte			X		X												2
Tal					X							X					2
Pladder					X							X					2
Sliddersladder					X							X					2
Snicksnack					X							X					2
Pjoller					X							X					2
Joller					X							X					2
Pratstund								X						X			2
Diskussion					X										X		2
Tätatät			X														1
Småprat					X												1
Kallprat					X												1
Replikskifte					X												1

Forts på nästa sida

	Samtal											
	Ordbok öfver svenska språket (1850-55)											
	Nordisk Familjebok (1911)											
	Nusvensk ordbok (1931)											
	Svensk handordbok (1966)											
	Svenska språkets synonymer (1968)				X							
	SAOL (1974) 10:e upplagan											
	Illustrerad svensk ordbok (1977)											
	Ord för ord (1977) 2:a upplagan											
	Stora synonymordboken (1979)											
	Stora ordboken (1983)											
	Ord för alla (1984)											
	Bernces nya synonymordbok (1988)									X		
	Bonniers svenska ordbok (1991)											
	Ord för ord (1992) 4:e upplagan											
	NEO (1996)										X	
	SAOL (1998) 12:e upplagan											
	Antal befintliga bindningar											1
Konferens					X							1
Konsultation					X							1
Tankeutbyte					X							1
Ordväxling					X							1
Snack					X							1
Palaver			X									1
Dravel										X		1
Dispyt										X		1
Skvaller										X		1
Debatt											X	1

Bilaga 3. Synonymtablå över begreppet samtal.

Bilaga 4

	Samtal	Dialog	Samspråk	Konversation	Diskurs	Meningsutbyte	Ordbyte	Antal ordböcker
Samtal	-	8	8	7	3	2	2	9
Dialog	15	-	3	3	0	1	0	15
Samspråk	10	2	-	6	1	0	0	10
Konversation	16	3	10	-	0	0	0	16
Diskurs	9	0	4	0	-	1	1	12
Meningsutbyte	2	0	0	0	0	-	0	10
Ordbyte	0	0	0	0	1	0	-	8

Bilaga 4. Diskriminationsmatris över begreppet 'samtal'.

ANGÅENDE DELTAGANDE I UNDERSÖKNING OM VÅRDANDE SAMTAL

Undersökningen är en forskning som utförs vid Inst. för vårdvetenskap i Vasa. Forskaren (Lennart Fredriksson) är hälsovårdskandidatstuderande vid ovanstående institution, och resultatet av undersökningen kommer att resultera i en avhandling för vinnande av magisterexamen i hälsovård.

Syftet med undersökningen är att försöka beskriva och öka förståelsen för vårdande samtal, d. v. s. hur vårdare och patienter upplever att samtala med varandra.

Deltagande i undersökningen innebär att Du vid två eller tre tillfällen, med några veckors mellanrum, blir intervjuad av forskaren. Intervjuerna tar ca en timme i anspråk vid varje tillfälle. Intervjuerna spelas in på ljudband för att skrivas ut ordagrant, och senare bearbetas. **Deltagandet är helt frivilligt och Du kan när som helst, utan att ange något skäl, avbryta Ditt deltagande.**

Givetvis kommer de uppgifter Du lämnar att behandlas konfidentiellt, d. v. s. Din identitet är bara känd av forskaren. De uppgifter Du lämnar kommer att behandlas på ett sådant sätt att din anonymitet garanteras.

Ditt deltagande i undersökningen medför inga som helst kostnader.

Om Du har ytterligare frågor kan Du kontakta:

Lennart Fredriksson eller:
Kaserngatan 21 A
802 54 Gävle
Sverige
Tel. 026-654373

prof. Katie Eriksson
Åbo Akademi
Inst. för vårdvetenskap
Box 311
651 01 Vasa

Jag har muntligen informerats om studien och har tagit del av ovanstående skriftliga information. Jag är medveten om att mitt deltagande i undersökningen är fullt frivilligt och att jag när som helst och utan förklaring kan avbryta mitt deltagande i undersökningen utan att det påverkar mitt nuvarande eller framtida omhändertagande.

.....
Namnsteckning

.....
Ort och Datum

Patientinformation om studien: Vårdande samtal – hur berättar psykiatriska patienter om sitt lidande?

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna forskningsstudie.

Syftet med studien är att öka förståelsen för hur psykiatriska patienter inom ramen för samtal med en vårdare berättar om sina upplevelser av lidande. Den vårdvetenskapliga forskningen har idag genererat viss kunskap om hur patienter upplever lidande i olika sammanhang. Trots detta så saknas en tillfredställande kunskap om hur lidande kan gestaltas i samtal. Vi behöver veta mer om hur patienter upplever att i samtal berätta om sitt lidande, och hur ett sådant samtal i så fall skall se ut.

Ditt **deltagande i studien innebär** att du under tre till fyra samtalstillfällen (ca 1 timme) berättar för din vårdare/kontaktperson om hur du upplevt/upplever lidande. Samtalen spelas in på band och kommer senare att skrivas ut av forskaren, ingen annan kommer att ha tillgång till banden. Du kommer en tid efter Dina samtal med vårdaren/kontaktpersonen att kontaktas av forskaren för en avslutande intervju. Där får Du berätta om Din upplevelse av samtalen, även denna spelas in på band. Deltagande i studien innebär inga kostnader för Dig. Om Du önskar får du kostnadsfritt ta del av studiens resultat, som kommer att redovisas i form av en artikel i vetenskaplig tidskrift.

Ditt **deltagande i studien är helt frivilligt** och Du kan när som helst utan närmare motivering avbryta Ditt deltagande, utan att det på något sätt påverkar Din nuvarande eller framtida vård. De uppgifter Du lämnar till forskaren kommer att behandlas konfidentiellt och när studien rapporteras kommer Du inte att kunna identifieras. Din vårdare/kontaktperson omfattas på vanligt sätt av tystnadsplikten.

Innan Du fattar ett beslut att delta i studien kommer Du att få muntlig information och möjlighet att ställa frågor till forskaren. Om Du är intresserad av att delta i studien så talar Du om det för Din vårdare, eller ringer till undertecknad.

Ansvariga för undersökningen är:

Lennart Fredriksson
vårdutvecklare, doktorand i vårdvetenskap
Psykiatriska kliniken,
Länssjukhuset Gävle-Sandviken
Tel 026-154465

Katie Eriksson
professor, handledare
Inst för vårdvetenskap
Åbo Akademi
Tel +358-6-3247501